Пролетары ўсіх краёў, злучайцеся!
Соцыялістычная Савецкая Рэспубліка

Том II 2-гі год выданьня

БЕЛАРУСКАЯ МЭДЫЧНАЯ ДУМКА

(БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ)

№ 10—11

ВЕРАСЕНЬ—КАСТРЫЧНІК

ВЫДАНЬНЕ НАРОДНАГА КАМІСАРЫЯТУ
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ Б. С. Р. Р.
МЕНСК—1926

Пролетары ўсіх краёў, злучайцеся!

БЕЛАРУСКАЯ СОЦЫЯЛІСТЫЧНАЯ САВЕЦКАЯ РЭСПУБЛІКА

Том II 2-гі год выданьня

БЕЛАРУСКАЯ МЭДЫЧНАЯ ДУМКА

(БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ)

№ 10—11

ВЕРАСЕНЬ—КАСТРЫЧНІК

сент. окт.

ВЫДАНЬНЕ НАРОДНАГА КАМІСАРЫЯТУ
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ Б. С. Р. Р.
МЕНСК—1926

1-ая дзярж. друк. Заказ № 4206. У ліку 500 экз. Галоўлітбел № 20947.

К двухлетней годовщине „Беларускай Мэдычнай Думкі“.

В сентябре минуло два года, как НКЗ издает журнал, который имеет целью выявить „медицинскую мысль“ в Белоруссии.

Доказывать значение этого издания для нашей республики—это значит ломиться в открытую дверь. Край, с территорией в 110.000 кв. клм., с населением свыше 4.000.000, с высшим рассадником научных знаний, в частности медицинских, со значительным штатом научных работников; край, насчитывающий на своей территории 800 врачей и громадную армию среднего и младшего медперсонала; территория, покрытая целой сетью научных организаций и лечебных учреждений; край, где имеются многочисленные промышленные и хозяйственные предприятия, требующие обследования, изучения и улучшения санитарного состояния—такой край не может оставаться без органа, в котором не освещались и не обсуждались бы проблемы строительства здравоохранения и местные нужды медико-санитарного дела.

Значение этого журнала станет еще более очевидным, если принять во внимание, что *этот орган служит связывающим звеном между центром и самыми глухими углами нашей республики,* что в этом органе принимают участие как работники самой высокой квалификации, так и рядовые участковые врачи, что на страницах нашего журнала и те и другие делятся своими впечатлениями, наблюдениями и достижениями в их трудной и разнообразной работе.

Беглый обзор любой книжки журнала, а тем более прилагаемый в конце журнала перечень работ, помещенных в „Белар. Мэдычнай Думкі“ за эти два года, может всякого убедить в том, что этот журнал добросовестно выполняет поставленную себе задачу.

Прежде всего бросается в глаза обилие статей, обследований, исследований и громадный статистический материал, имеющих *краеведческий характер.* Имеются солидные работы, изучающие специфические болезни, присущие нашему краю. В достаточной степени здесь вентилируются вопросы эпидемиологии, санитарии, социальной гигиены и профилактики. В журнале имеются работы по медобразованию и санпросвещению. Затронуты также вопросы врачебного быта и профдвижения в Белоруссии. Все это указывает на то, что *вопросам общественной медицины* отведено первенствующее место.

Излишне упоминать, что *задачи, проблемы и перспективы строительства здравоохранения* находят в журнале полное отражение.

Немало внимания журнал уделяет также *чисто научным вопросам из области биологии, экспериментальной и клинической медицины.* Имеются в большом количестве работы, вышедшие из клиник, институтов, лабораторий и других научных и учебных учреждений. Казуистический материал, *обзоры, рефераты,* рецензии и т. п. допол-

няют научный отдел, и каждый врач имеет возможность знакомиться с новейшими приобретениями и достижениями союзной и заграничной медицины.

Немалый интерес представляют собою и печатаемые в журнале *отчеты* о всех всесоюзных, областных и местных с'ездах, отчеты о деятельности больниц, диспансеров, санаторий и всех научных институтов Белоруссии и протоколы научных медицинских обществ, конференций и отдельных кружков.

Очевидно, что наш журнал должен возбудить интерес у всякого врача, живущего на территории Белорусской республики. Но особенно должно быть приковано *внимание к нему со стороны участкового врача*, если последний не желает ограничиться одним только лечением и прописыванием рецептов, а желает быть и общественным работником в своем участке. Пожелает ли он обследовать район своей деятельности в бытовом и санитарном отношении, явится ли у него мысль изучить профессиональные заболевания, обследовать условия труда на промышленных и хозяйственных предприятиях, имеющихся в его участке, захочет-ли он собирать сведения по какой-либо социальной болезни, распространенной в местах его деятельности, будет ли у него намерение дать отчет о своей больнице; вздумается ли ему позаняться санитарным просвещением в темных белорусских вёсках—он всегда найдет в этом журнале нужный и подходящий материал; здесь он найдет нужные ему цифры; здесь он найдет образец и указания, как такие обследования производятся; но что всего важнее, он может получить здесь рациональные советы, как бороться с инфекционными болезнями, с малярией, с трахомой, с туберкулезом, с венерическими заболеваниями и т. п. социальными болезнями, которые свили себе прочное гнездо в нашем крае. Словом, наш журнал может дать ему вполне исчерпывающие ответы на разные злободневные вопросы.

Характер многих статей, помещенных в „Белар. Мэдычнай Думцы" таков, что этот журнал может остановить на себе внимание не только всякого медицинского работника, но и любого деятеля по профдвижению, по охране труда, по физкультуре и т. п.

Отсюда *вывод* один: „Беларуская Мэдычная Думка"—это орган крайне необходимый для нашей республики; потребность в нем неоспорима, польза его очевидна, и всякий, кто стоит на страже охраны здоровья рабочих и крестьян Белоруссии, кому дороги интересы культуры и санитарного просвещения, должен употребить все усилия не только для его сохранения, но и для расширения и углубления его работы.

К сожалению, материальная база, на которой зиждется журнал, недостаточно прочная, а иногда даже шаткая. Он издается на средства госбюджета. Весьма незначительный доход получается от подписки и продажи отдельных экземпляров. Несмотря на то, что редакционная коллегия и все сотрудники журнала работают совершенно безвозмездно, тем не менее каждый номер журнала выходит в свет с дефицитом, ибо одно печатание его поглощает все имеющиеся финансовые рессурсы. Эта *материальная необеспеченность* отчасти служит причиной перебоев в выходе журнала. Отсюда напрашивается *другой вывод*: необходима не только моральная, но и материальная поддержка со стороны товарищей. Всякий врач, живущий на территории Белоруссии, всякий работник, кому дороги интересы здравоохранения, должен не только посильно участвовать в работе журнала присылкой статей, отчетов и т. п., но также способствовать распространению

нашего журнала. Каждый врач Белоруссии должен считать своей обязанностью стать подписчиком „Беларускай Мэдычнай Думкі“, освещающей все интересы того дела, которому он слу́жит.

Товарищи! Это ваш долг, выполнение которого редакция вам облегчает, удешевив его стоимость до минимума и сделав его доступным всем медработникам нашей республики.

Итак, товарищи, читайте наш журнал, пишите в наш журнал, выписывайте его сами и распространяйте!

Редакционная коллегия.

Общественное здравоохранение.

На рубеже.

М. И. Барсуков.

Советское Здравоохранение во всем нашем Союзе пережило целый ряд периодов, эпох своего строительства. И для того, чтобы разобраться в сложном вопросе, как итти дальше, как строить в ближайщем будущем лечебно-санитарное дело, необходимо хорошенько проанализировать основные моменты, характерные для этого строительства в прошлом.

Никто не будет отрицать, что советская медицина, получившая свое оформление вместе с организацией власти Советов, в значительной степени унаследовала богатый опыт и традиции старой земщины.

Чтобы не быть голословным, достаточно хотя бы привести для примера те основные принципы, которые были изложены в докладах Ф. Н. Жбанкова Международному Медицинскому С'езду в 1897 году и В. С. Лебедева в 1903 г.

„Основная задача земской медицины—пишет В. С. Лебедев,—не только в том, чтобы лечить, но еще более в том, чтобы предупреждать болезни, повышать работоспособность населения, действовать непосредственно на устранение коренных причин, понижающих уровень общественного здоровья и сокращающих человеческую жизнь—этим определяется ее санитарное направление.“ (З. Г. Френкель, „Общественная медицина и социальная гигиена“. 1926 г.)

Разница лишь та, что Советская медицина под все эти лозунги подвела крепкое политическое начало и четко поставила перед собой задачу оздоровления страны только лишь через диктатуру рабочего класса и через огосударствление всего медико-санитарного дела.

В земское время медицина была раздроблена по целому ряду ведомств. Широко процветала частная врачебная практика, бесплатность была редким исключением. Единый план работы отсутствовал. Земские врачи всемерно противодействовали всяким правительственным попыткам об'единения в руках государства врачебного дела, боясь, что полицейский режим задушит самодеятельность и общественной медицине придет конец.

На фоне всех этих исторических предпосылок стало развиваться противопоставление друг другу двух обширных областей медицины—лечебной и санитарной.

В то самое время, когда ход событий невольно толкал лечебников, особенно в городах, на замкнутость, казенщину или частную практику, роль либерального авангарда взяла на себя санитарная организация, вовлекая в свою деятельность самую лучшую, передовую революционную часть врачей.

При той разбросанности медицины и общих тяжелых политических условиях, в которых находилась Россия, естественно необходимо было сконцентрировать профилактическую работу в одних руках и

при том руках надежных. Тогда самое слово профилактика было настолько революционным, что подчас упоминание о ней было основательным доводом для недоброжелательного отношения со стороны администрации. Ясно, что тогда санитарный врач не мог не заняться сифилисом и туберкулезом, ибо борьба с ними была борьбой и с существующим политическим режимом. Да к тому же никто бы и не взял на себя борьбу с этими социальными болезнями, кроме санитарных врачей, так как, повторяю, условия были таковы, что это означало определенный революционный вызов царскому самодержавию.

Теперь мы подходим к другому вопросу—к составу санитарных врачей того времени, откуда они формировались и что из себя представляли. В огромном большинстве это были земские участковые сельские врачи, которым санитарию приходилось внедрять среди бедного, голодного крестьянства исключительно лечебными методами. Говорить тогда о гигиене быта, коммунальном благоустройстве, как массовом методе, было, конечно, нельзя, и все гигиенические улучшения вводились или в больших городах, или среди зажиточных групп населения.

К тому же самая система коммунального дела, когда огромные ее отрасли, как жилищное строительство и общественное питание находились в частных руках, вполне понятно не давала возможности взять их под санитарный надзор.

С такими традициями Советская медицина впитала в себя лечебную и санитарную организацию от старой земщины.

Как видится, ясности не было. Форма и содержание работы как лечебной, так и санитарной организации были расплывчаты и туманны. В первые годы строительства Советской медицины, когда вся наша федерация содрогалась от гражданской войны, когда спешным порядком приходилось залечивать раны, нанесенные империалистической войной, вполне понятно, что все внимание было сосредоточено на восстановлении разрушенного лечебно-коечного фонда. Тогда, пожалуй, санитарная организация могла еще говорить, что профилактикой мало занимаются и что лечебники замкнулись в узко технических лечебных вопросах. Хотя, собственно говоря, массовая госпитализация сыпнотифозных больных предохраняла от массового заражения и здоровое население, и лечебные учреждения, в конечном счете, выполняли тоже профилактическую работу. В эпоху военного коммунизма коммунального строительства почти не было, и деятельность санитарных врачей, главным образом, была направлена в сторону санитарного просвещения и туалетной санитарии.

Но вот наступает НЭП. Гражданская война закончена. Началось воссоздание промышленности и крестьянского хозяйства; начинают появляться первые ростки и коммунального строительства. Активность рабочих и крестьян в желании оздоровить свой быт все сильнее и упорнее дает себя чувствовать, и тут-то начинает проявляться неподготовленность санитарной организации справиться с растущими потребностями жизни. Ведь нельзя же считать, что санитарная организация выполняла полностью свое назначение тем, что помогала лечебной в строительстве диспансеров. Быть может, в известный период, когда другой работы у санитарных врачей не было,—это сыграло свою роль и подвело под лечебную организацию профилактический фундамент,— и только.

Всякая методика работы должна отвечать запросам жизни и не застывать в неподвижные консервативные формы, которые в дальнейшем даже могут стать и тормозом. Все хорошее, что мы получили

в наследство от земщины, конечно, должно быть использовано полностью, но это еще не значит, что мы должны вечно пережевывать старое и не можем искать новых путей.

Если лечебное дело, сейчас достигло некоторой стабилизации и мы частично насытили лечебной помощью население, то этого нельзя сказать об удовлетворении санитарных нужд. Та колоссальная разрушенность жилых построек, отсутствие элементарнейших канализационных установок, скверное состояние водоснабжения и общественного питания, слабое наличие бань и отсутствие культурных санитарных навыков у населения выдвигают перед санитарными работниками вопросы первостепенной важности. Теперь, когда в области лечебного дела мы стоим перед задачей качественного улучшения,—в области санитарной мы переживаем кризис не только качественный и количественный, но что всего страшнее и опаснее—кризис организационный.

По всей стране несется боевой клич—даешь хорошую хату, добрую баню, чистую воду и здоровую пищу, а между тем те работники, которые должны помочь населению,—неподготовлены. К их недостаточной квалификации еще присоединяется и то разнообразие функций и обязанностей, которыми они перегружены. Санитарный врач-профилактик, значит он должен быть спецом и по охране материнства, здоровью детей, туберкулезником, венерологом и т. д. А все прочее—„узкое“ санитарно-техническое—уходит в туманную даль и вскользь задевает насыщенного „чистой“ профилактикой санитарного врача.

Обиднее всего то, что в этом не только вина самих санитарных работников, но ответственность за таковую нагрузку и неподготовленность падает на все здравоохранение в целом.

Санитарная организация Белоруссии учла дыхание времени и на своем первом санитарном С'езде, бывшем в феврале 1926 г., сделала попытку формулировать те задачи, которые должны ей принадлежать.

С'езд единодушно высказался, что пришло время, когда требуется сделать ударение на коммунальном благоустройстве и санитарной технике. Но, к сожалению, далеко не так трактуется эта попытка найти здоровое приложение рабочей силы санитарных врачей в других частях нашего Союза. Нас обвиняют в ошибочности, в ложном уклоне, который наносит вред санитарному делу. Необходимо остановиться здесь на той оценке, которую дал д-р Добрейцер нашей санитарной организации на страницах „Гигиены и Эпидемиологии“ (Май 1926 г. № 5). Эта оценка характерна тем, что проливает некоторый свет на наши разногласия и тем самым позволяет вскрыть некоторую недоговоренность.

Первое, что считает д-р Добрейцер дефектом в построении организации это то, что она находится на местном, окружном бюджете, а не государственном. Опять таки и здесь сквозит старая земская точка зрения—поставить санитарное дело обособленно от местных органов власти. Что значит содержание на государственном бюджете всего санитарного аппарата снизу до верху? Это значит, что санитарный работник по отношению к местному Окрисполкому должен занять независимое положение, быть, так сказать, его санитарным прокурором. Напрасна попытка доказать, что это вызывается заинтересованностью государства в целом и желанием лучшего материального положения санитарной организации. Мы же говорим, что плох тот санитарный работник, который оторвется от Окрисполкома, и плох тот Окрисполком, который не сможет разобраться в необходимости хорошо поставленного санитарного дела. Санитарный работник должен быть самым

теснейшим образом спаян с местной властью, заинтересован в разрешении местных санитарных задач в первую очередь. Думать же, что такая спайка повлечет за собой скрытие санитарных непорядков,— значит не видать разницы между старым и новым политическим строем, не верить в местные силы.

Второй ошибочный уклон д-р Добрейцер видит в из'ятии из ведения санитарной организации борьбы с туберкулезом, венерическими болезнями и профессиональной заболеваемостью. Мотивировку этого из'ятия д-р Добрейцер видит в необходимости во что бы то ни стало перевести лечебное дело на профилактические рельсы, а также в желании сузить работу санэпида и заострить ее лишь в вопросах коммунального строительства.

Дальше д-р Добрейцер пишет, что подобное решение Белоруссии идет в разрез с постановлениями Всесоюзного С'езда участковых врачей и дает разрыв с общей линией органов здравоохранения.

Надо спросить д-ра Добрейцера, как он понимает решение Всесоюзного С'езда участковых врачей, которое ясно формулирует задачи сельского врачебного участка в резолюции по докладу З. П. Соловьева:

„Для придания уже складывающейся системе проведения профилактических начал в сельском участке организационной стройности, возникшие до настоящего времени на его территории разного рода лечебно-профилактические учреждения (туберкулезные диспансеры с приданными к ним вспомогательными учреждениями, венерические диспансеры и пункты, детские консультации и ясли и т. д.) должны быть включены в состав сельских участков, как органическая составная их часть, и тем самым перейти в непосредственное ведение и руководство врачебного участка".

(„Труды Всесоюзн. С'езда участковых врачей". 1926 г.).

Спрашивается, кто в настоящее время руководит сельской медициной, в частности, врачебными участками? Ответ ясен: лечебная организация. Почему же здесь не протестует д-р Добрейцер, что имеется такое ненормальное явление, когда профилактическими учреждениями, да притом еще туберкулезного и венерологического характера управляет лечебная организация, а не санитарная.

Дальше. Разрыв с общей линией органов здравоохранения, видимо, надо понимать лишь с Наркомздравом РСФСР, так как Украина идет по тому же пути, что и Белоруссия. Там также социальные болезни находятся в ведении лечебной организации. Да и в самой РСФСР существует большая пестрота и неясность в руководстве социальными болезнями. Единая линия там отсутствует. Но в конце концов не это, конечно, определяет суть дела. Здесь не должен быть только формальный подход, а надо говорить по существу. Между тем никаких доводов, почему туберкулез и сифилис должны быть под опекой санитарного надзора, а трахома и рак находятся под наблюдением лечебников—этих доводов нет.

В том то и дело, что здесь все время идет путаница о методах работы, стараются навязать лечебной организации узкие технические цели, забывая, что массовость также не чужда лечебному делу, как не чужд и индивидуальный принцип санитарной организации в частном примере с текущей дезинфекцией. Разве подобного рода дезинфекционная работа не имеет дела с отдельными лицами? Однако, никто из противоположного лагеря по этому признаку не старается отнести ее к лечебникам. Разница между лечебной организацией и санитарной заключается в методике воздействия на оздоровление среды, а не в морфологическом определении

отдельных качеств массовости или индивидуальности. Как та, так и другая охватывают массу массовыми мероприятиями, но в одном случае оздоровление среды идет через организм человека, а в другом в непосредственном воздействии на среду путем санитарно-технических коррективов. Боязнь сужения задач сан-эпида—отторжением от него социальных болезней и заострение внимания на санитарной технике—тоже ничем не вызванная мотивировка. Мнение, что санэпид умрет, если так будет перестроен, между прочим, проходило красной нитью и на X Всесоюзном Санитарном С'езде, где Белоруссия выступила с своими тезисами по организационному строительству санитарного дела.

Подобная оценка показывает, насколько действительно мы отошли от жизни, как слабо представляем те необ'ятные перспективы, которые стоят перед санитарными врачами в той постановке вопроса, как его ставим мы. Полагать, что санитарное законодательство, эпидемиология, вопросы общественного питания, санитарного просвещения, коммунального благоустройства, изучение форм участия советской общественности в санитарном деле—что все это является несущественными, узкими, неглубокими вопросами—значит свести на нет все великие лозунги об оздоровлении труда и быта, сделать из них одну лишь пустую болтовню. Если мы говорим, что санитарный врач в основном должен быть общественником, то где же будут его точки соприкосновения с крестьянином и рабочим, если санитарный работник будет отмахиваться от наболевших вопросов быта и не станет помогать им в деле коммунального строительства?

Между тем, мы видим, что теперешний санитарный врач нередко совершенно не подготовлен к этим требованиям, и потому влияние санитарной организации во всех начинаниях благоустройства крайне ничтожно. Санитарный врач должен снизойти с своего царственного пьедестала профилактики, должен окунуться в будничную жизнь, должен заняться вместе с инженером, строителем и другим техническим персоналом теми практическими вопросами, без разрешения которых мы никогда не сможем подойти к оздоровлению страны.

Недавно закончившийся X Всесоюзный Санитарный С'езд с очевидностью показал, что мы в санитарном деле переживаем тяжелый и глубокий кризис. Санитарная организация попала в тупик. Она ищет выхода и выход будет найден, если мы откажемся от старых, потерявших силу кабинетных положений и пойдем навстречу требованиям жизни. Нарастающая активность рабочих и крестьян, под'ем народного хозяйства требуют от санитарной организации большего уточнения в своей работе и теснейшего участия в общем хозяйственном строительстве страны, особенно в части коммунальной, ибо это является основной предпосылкой прочного оздоровления трудящихся.

К вопросу о современных задачах санитарной организации.

С. Р. Дихтяр

Статья первая.

Две основные предпосылки должны лежать в основе обсуждения всех вопросов организации здравоохранения в нашем Союзе:

1. В Советском Союзе все медикосанитарное дело огосударствлено и

2. Советское здравоохранение имеет прошлое, которое измеряется всем предшествующим периодом земско-санитарного строительства. Это второе положение, быть может, нелишне подтвердить заявлением тов. Семашко на Всесоюзном С'езде участковых врачей: „Мы вовсе не хотим быть Иванами Непомнящими", „я горжусь тем, что был участковым врачем".

Из приведенных двух предпосылок вытекают уже обстоятельства кардинальной важности для непосредственно интересующего нас сейчас вопроса. Если все дело здравоохранения огосударствлено, то цель, задачи, пути его не могут не быть совершенно едиными. И действительно, все руководители и активные деятели советской медицины одинаково оценивают ее, как систему оздоровления трудящихся и предупреждения заболеваемости. Следовательно все части и все винтики этой системы должны работать по одной идее с тем, чтобы в конечном итоге результат получился один: здоровый работник, здоровый младенец, здоровый школьник, здоровый армеец, здоровый ученый и т. д. Нам трудно себе представить хоть какую нибудь отрасль здравоохранения вне государственной заботы и опеки, как „частное" дело, но если бы, к примеру, оказание лечебной помощи отдельным гражданам можно было считать их личным делом, то, разумеется, задачи лечебной организации нельзя было бы и сравнивать с задачами государственного здравоохранения. Этого никак нельзя упускать из виду, и искание каких то принципиальных различий между отдельными частями органов здравоохранения, строго говоря, должно приводить к отрицанию государственной заинтересованности в социально-гигиеническом значении тех или иных отраслей здравоохранения. Поэтому при определении непосредственных задач отдельных частей органов здравоохранения следует руководствоваться не общими идеями, принципами, целями (они, повторяем и подчеркиваем, едины для всех частей), а особым характером об'ектов воздействия и методов работы этих отдельных частей. Если выявляется какая нибудь область деятельности органов здравоохранения, в которой необходимо применять особые, специфические методы работы, то для этого нового вида деятельности целесообразно создавать и особую конструкцию аппарата: в противном случае, разумеется, всякая реконструкция или осложнение организации носит характер увеличения накладных расходов.

Второй вывод из единства целей и задач всего Советского здравоохранения заключается в том, что весьма трудно, даже невозможно обсуждать одну отрасль здравоохранения, не касаясь прочих. А определять строй санитарной организации вне связи с вопросом о так называемой, лечебной организацией было бы тем менее естественно, что эта связь, является наиболее важной организационно и что эта связь имеет свое историческое значение.

Мы переходим к выводам из второй приведенной нами вначале предпосылки. В сущности вопрос должен быть поставлен так: какая организация сейчас является продолжательницей земской медицины? Какие части органов советского здравоохранения *практически* продолжают итти по пути и улучшают этот путь, проложенный в земское время? Не останавливаясь на обосновании того, что в значительной мере мы именно это делаем, мы должны лишь сказать, что правильный ответ на поставленный вопрос даст весьма существенные данные для определения задач современной санитарной организации. Поэтому необходимо с особой серьезностью к этому вопросу подойти. Напомним один факт из старой земской медицины. Как известно, все направление последней называлось *санитарным* (врачебно-санитарным, общественно-санитарным, санитарно-профилактическим). Лебедев, который, по мнению проф. Френкеля, дал наиболее удачную формулировку этого направления, называет его „врачебно-санитарным. предупредительным“. Нам кажется, что это словообразование во многом виновато в тех спорах, которые сейчас ведутся и, вероятно, будут еще вестись. Если „санитарию“ считать синонимом „охраны здоровья“ вообще, против чего можно было бы и не возражать, то Лебедев был прав, и автор этих строк совместно с другим санитарным врачем т. Казанской, еще в 1924 г. разработал проект структуры органов здравоохранения, по которому последние делились на административно-хозяйственный и медико-санитарный Отделы. Однако, если исходить из вполне правильного стремления точно дифференцировать понятия, то определение направления земской медицины, как „санитарного“ не совсем правильно и не характеризует действительности. В действительности направление земской медицины, как это и подчеркивает профессор Френкель, было социально-гигиеническим, предупредительным в более широком смысле (чем „санитарное“) этого слова: ведь предупреждение болезней и их распространение достигается не одними санитарными методами. Как раз санитарная деятельность в собственном смысле дала очень мало результатов в земское время. Нам известны колоссальные успехи земств в устройстве участковой сети, в исследовании социально-патологических явлений русской деревни, в выработке весьма целесообразных форм участовой организации, в выявлении санитарных нужд, поскольку эти нужды выяснялись по мере изучения заболеваемости и смертности—но много ли мы получили в наследство от земства бань, колодцев, санитарно-благоустроенных населенных мест?.. Это произошло не потому, что земская „санитарная“ организация не понимала всей важности этих мероприятий, и не потому, что средств не было, а потому, что совершенно об‘ективные условия всего старого строя, зиждившегося на определенном политико-экономическом режиме, заставляли эту организацию *в первую очередь* заняться благоустройством участковой сети, конечно, в соответствующем смысле этого слова. По всей истории общественной медицины земского времени красной нитью проходит основная тенденция благоустройства участка, и вне участка и помимо него даже не представлялась возможность приступать к санитарному благоустройству. А что такое меди-

цинский участок и в земском, и в современном понимании? Это—прежде всего лечебное учереждение с правильно поставленными задачами и с правильно установленными методами их разрешения, ибо не излечение больного, в вульгарном значении, является смыслом лечебной деятельности в общественном или государственном учреждении, а выявление и учет всех условий заболеваний, воздействие не только на внутренние (органические, биологические) условия, но и на внешние, окружающие больного. Так как внешние условия, среди которых живет человек, по самой своей сути, всегда социальны, то социальная патология и социальная терапия ныне являются, так сказать, философией советской медицины, всего здравоохранения.

Поскольку земская медицина является несомненно основоположницей социальной философии медико-санитарного дела, поскольку эта философия является сейчас общепризнанной принципиальной основой всякого лечебного мероприятия, поскольку, наконец, земская медицина есть участковая медицина по преимуществу—постольку, очевидно, наследницей старой медицинской земской организации является нынешняя лечебная и по существу и по смыслу исторического развития. В области же санитарного благоустройства „земская санитария", нужно сознаться, оставила лишь разрозненные попытки улучшения водоснабжения и отдельные, правда выдающиеся, рельефные достижения в прочих отраслях, (например, „подольское дело" Левицкого)—этим фактически исчерпывается санитарный опыт земств.

Что касается многочисленных санитарно-статистических исследований, унаследованных нами от „земской медицины", по которым сейчас обучаются методике социально-гигиенического изучения и которые являются бесценным источником всяких социально-гигиенических сведений, то необходимо указать и подчеркнуть, что ни один современный образованный врач, ни одно лечебное учреждение не может обойтись без подобных изысканий. В этом—смысл врачебной деятельности, и заслуживает всяческого осуждения такое „лечение", при котором не учитывается, всесторонне не исследуется об'ект воздействия, при котором не делаются медико-статистические изыскания в пределах обслуживаемой группы. Считать медико-статистические исследования за специфический признак „санитарной" деятельности, как таковой, теперь поэтому никак невозможно. Признать громадные заслуги земской медицины в разработке вопросов санитарной статистики и в применении этого метода при многочисленных социально-гигиенических исследованиях—одно, а усматривать в этих заслугах сущность санитарной деятельности—совершенно другое.

Равным образом нельзя согласиться с тем, чтобы считать *санитарной* противоэпидемическую деятельность земской организации. Ведь нужно, наконец, уяснить себе, что эта деятельность охватывает целый комплекс мероприятий, в том числе и лечебных, а в условиях нашей действительности противоэпидемические мероприятия были, и до известной степени являются и сейчас, больше лечебными, чем санитарными. К этим мероприятиям, как известно, прибегали в большинстве случаев в связи с уже *начавшимися эпидемиями,* и можно насчитывать в течение земского периода единичные случаи (в некотором смысле к ним относятся врачебно-питательные пункты), когда с целью *предупреждения самого появления эпидемии* или хотя бы после окончания эпидемии предпринимались какие нибудь фундаментальные, обще санитарные меры по благоустройству. Для противоэпидемической деятельности земского периода самыми характерными мерами были: учет заразных больных, изоляция заразных больных,

массовые прививки и проч. Если учесть слабую постановку дезинфекционного дела, то „нелечебность", ,,санитарность" этих мер, собственно, может с полным основанием подвергнуться сомнениям.

Приведем несколько исторических справок, известных всем. По Веселовскому история земской санитарной организации насчитывает 3 периода: I—до 90-х годов: „случайные разрозненные попытки привить те или другие формы санитарной организации"; II—основание медико-статистических бюро, которые „направили главное свое внимание на изучение губернии в медико-статистическом отношении и затем на выработку планов нормальных медицинских участков; они же подготовляли материал для губернских с'ездов врачей, им принадлежит, в большинстве случаев, также руководство противоэпидемическими мероприятиями губернских земств и проведение санитарных мероприятий вообще (лечебно-продовольственные пункты, ясли-приюты для детей в летнее время, надзор за обязательными постановлениями и т. д.)"; III период – организация санитарных советов и установление института санитарных врачей. Общая характеристика деятельности земской санитарной организации Веселовским дается в следующих выражениях: „Все сказанное здесь относится, главным образом, к санитарной организации, к устройству учреждений, ведающих этим делом. Наиболее крупная задача, однако, еще впереди—это именно вопрос о круге деятельности организации, о программе санитарных мероприятий. До сих пор в этом отношении земства еще не ушли дальше отдельных разрозненных попыток. Земства сами не сделали попыток вступить на практический путь в то время, как для этого открывается широкий простор. В самом деле, много ли издано санитарных постановлений по ст. 108 (Положение о земских учреждениях 1890 г.) В большинстве случаев земские собрания или совершенно не поднимали вопроса об издании обязательных санитарных постановлений, или же обнаруживали резко-отрицательное отношение, руководствуясь в том и в другом случае классовыми соображениями. И так было не только в области обязательных постановлений, но и во всех областях санитарии, существенным образом затрагивающих интересы землевладельцев". По поводу яслей-приютов Веселовский приводит мнение Игумнова, что они были „одним из практических мероприятий, осязательных для земцев, и служили как бы оправданием существования земской санитарии вообще и медико-статистических бюро в частности" и критику Ченыкаева „этих эффектных и осязательных делишек..." В деле борьбы с эпидемическими болезнями до последних лет в земстве царила полная бессистемность... и до сих пор это дело в большинстве земств урегулировано слишком мало".

„Качественную" сторону дореволюционной санитарной организации можно иллюстрировать еще рядом инструкций для санитарных организаций (см. „Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России" Жбанкова.) „Из инструкции думским врачам Петрограда:" § 1. Думские врачи назначаются для подачи *врачебной помощи* неимущим жителям столицы. § 2. Думские врачи утверждаются и увольняются городской *санитарной комиссией*". Из инструкции *Врачебно-санитарному совету* при Бакинской городской управе: „В круг ведения совета входит: 1) обсуждение поручений городской думы и врачебно-санитарной части и выявление подготовительных мер для исполнения постановлений городской думы; 2) обсуждение планов и смет на постройку и ремонт городских лечебных заведений; 3) рассмотрение отчетов санитарных *врачей и врачей заведующих городскими лечебными заведениями*; 4) рассмотрение представляемых управой в думу смет и предложений по врачебно-санитарной части; 5) обсуждение мер борьбы против эпидемических болезней; 6) обсуждение всех вообще вопросов по санитарному состоянию и устройству города; 7) рекомендация врачей на городскую службу; 8) обсуждение служебных нарушений врачебным персоналом. „Медико-санитарное бюро, являясь отделением городской Управы, об'единяет и систематизирует специальную деятельность *медицинских, санитарных* и ветеринарных учреждений, освещает результаты их деятельности и заботится о планомерном их развитии и постепенном улучшении их постановки".

Из положения о городской санитарно-врачебной организации в Вильне: 1. Виленская городская исполнительная санитарная комиссия имеет целью охранение общественного здоровья в Вильне. 2. В круг обязанностей комиссии входит:... д) забота о подаче *врачебной помощи* нуждающемуся населению города; е) заключение по сметам и отчетам органов и учреждений *санитарного и больничного дела*; ж) представление кандидатур на врачебные должности в санитарных и больничных учреждениях;. к) заведывание городскими больницами и амбулаториями.

Из инструкции Нижегородской *санитарной* комиссии: „Предметы ведения комиссии... з) совместно с управой рассмотрение смет и отчетов по содержанию городских лечебных заведений"...

Из инструкции Одесской городской санитарной комиссии: „1. На одесскую городскую санитарную комиссию возлагается ближайшее заведывание городскими санитарными учреждениями в целях: а) осуществления мероприятий по охране народного здоровья и предупреждению и пресечению падежа скота; б) развитие средств *врачебной помощи* городскому населению; в) изыскание способов к улучшению местных санитарных условий"...

Из инструкции городского санитарного врача в Томске: „Цель приглашения санитарного врача: уменьшение заболеваемости и смертности в городе и повышение уровня физического здоровья населения. Обязанности: 1) об'единять и направлять деятельность всех служащих городского общества, имеющих своей задачей здоровье населения, для чего санитарному врачу предоставляется право приглашать для совместного обсуждения врача лечебницы, участковых врачей и городских ветеринарных врачей"...

В Пятигорске была подобная же инструкция: „Должность городского санитарного врача учреждается с целью уменьшить заболеваемость и смертность в городе и повысить уровень физического здоровья населения".

Таково вот было понимание сущности задач „санитарной организации" в земское время. Интересно для сравнения привести следующий пункт резолюции совещания санэпидов 3—8/XII 1925 г. по докладу А. Н. Сысина: „2. В об'единенные санитарно-профилактические отделы и п/отделы на местах должны войти все виды санитарной и профилактической деятельности: санитарное дело, борьба с эпидемическими, социальными и профессиональными болезнями, охрана здоровья детей и подростков, охрана материнства и младенчества, санитарная статистика и санитарное просвещение".

Количественно санитарная организация была в 1913 г. такой: В губернских земствах: санитарные советы в 29 губерниях из 40.

Число врачей и фельдшеров в губернских санбюро в 30 губ.—40 врачей.

Число врачей и фельдшеров губернских земств в уездах 210—врачей в 21 губернии.

Постоянных эпидемических врачей в 20 губерниях—36.

Гидротехнические бюро—в 17 губерниях.

Лечебно-продовольственных пунктов—11 в 5 губерниях.

Детских яслей—122 в 6 губерниях (Френкель).

Из 225 городов—в 135 не было санитарной организации
в 119 не было санитарных врачей (Жбанков).

Итак, нужно считать установленным, что от земской медицины мы унаследовали рационально построенную (в основном) систему организации врачебной помощи сельскому населению и не унаследовали (в общем) подобной точно оформленной и правильно дифференцированной санитарной организации, причем необходимо с абсолютной определенностью подчеркнуть, что *санитарной* является та организация, которая занимается санитарным *благоустройством* в самом точном и широком значении этого понятия, в рассмотрение которого входить совершенно излишне. Утверждение, что участковая система есть синтез лечебной и санитарной работы, не исправляет фактического положения дела, а лишь прикрывает истинное содержание работы земской медицинской организации—*лечебно-профилактическое* содержание, как мы знаем, по существу и по преимуществу.

Не приходится особенно долго доказывать, что так назыв., городская медицина не может внести какие нибудь заметные коррективы. Мы городской медицины, собственно, никакой не унаследовали (говоря о большинстве городов); широкая и всесторонняя организация охраны здоровья городского населения есть несомненная заслуга советской медицины. В то же время, чтобы не терять истинной перспективы, следует неустанно подчеркивать, что и до революции, и сейчас определяющее значение имела, имеет и должна иметь сельская медицина, что общий тонус здравоохранения создается положением медико-санитарной организации в сельских местностях. Город у нас все еще остается, даже при успехе индустриализации, может быть, именно благодаря ей, и еще долго останется местом обмена *сельских живых трудовых рессурсов* и продуктов раздробленного сельского хозяйства на промышленные изделия. Село, следовательно, в отношении здравохранения является основным об'ектом забот, поскольку оно является главным резервуаром живых сил. Что касается организационных форм здравоохранения в городах, то можно привести две точки зрения: НКЗ УССР иногда доказывает, что пора в село перенести опыт городской медицины (ударение на специализации и дифференциации); НКЗ РСФСР, в лице тов. Семашко, защищает ту точку зрения, что необходимо каждое городское лечебное учреждение превратить в своего рода медицинский участок (ударение

на диспансерном методе работы). Наш взгляд можно формулировать таким образом: перед органами здравоохранения стоит основная задача перенести в город *качество* медобслуживания, как оно сложилось в условиях исторического развития медицинского сельского участка, и об'ем медобслуживания в сельских местностях довести до городских размеров. Несомненно, что направление деятельности наших лечебных учреждений совершенно правильно выражается в понятии: здравячейка, учраспред, медицинский участок—таков идеал всей лечебной организации и организация эта должна расти вширь и расти вглубь.

Об'ектом воздействия лечебной организации является *болеющее* население—данные заболевания данной группы в данное время и в данном месте; метод работы—изменение органических и внешних условий обслуживаемой группы населения. Совершенно очевидно, что внешние условия человека, как уже упоминалось, не могут не быть социальными, и рациональное лечение больного не может не стать „социальной терапией", как обычно говорят.

Между прочим, профессор Хлопин проводит резкое разграничение между клинической медициной и гигиеной, продолжая его вплоть до самой подготовки „лечебников" и „гигиенистов". А вот что пишет профессор Эрисман во всем известном кратком учебнике по гигиене: „Статистическое изучение болезненности расширяет наш кругозор. При казуистическом рассмотрении того или иного случая заболевания медик может увлекаться односторонними взглядами на вопрос о происхождении болезни или о пользе того или другого способа лечения ее. Когда же мы смотрим на те же явления с статистической точки зрения на основе массовых наблюдений, то каждый отдельный случай, способ его происхождения, значение лечебных мероприятий и проч. получает совсем другое и гораздо более об'ективное, а стало быть и более научное освещение. Для врачей практиков казуистическое изучение отдельных случаев заболеваний необходимо, но оно *не должно заслонять им той более общей точки зрения,* которая приобретается только при помощи статистического способа наблюдения. Нужно, впрочем, отдать справедливость современной медицине: она обращает гораздо больше, чем в еще недавнее время, внимание на значение болезни не только для пораженного ею лица, но и для санитарного положения народонаселения, т. е. *она в значительной степени присвоила себе санитарный и статистический способ мышления.*

В этом отношении земские и думские врачи имеют, конечно, большое преимущество перед вольнопрактикующими городскими врачами, находящимися под силой давления конкуренции".

Нам кажется, что современное состояние медицины и развитие здравоохранения в Союзе полностью подтверждают мнение Эрисмана о необходимости изменения всего мышления врачей и опровергает утверждение проф. Хлопина об общесоциальности всей гигиены и индивидуальности клинической медицины...

Не останавливаясь на разборе сущности, методов и значения социальной терапии, здесь уместно указать, что в результате „лечебной" деятельности должны накопиться массовые наблюдения и сложиться соответствующие выводы социального свойства и значения. Мы уже выяснили, что „массовость" наблюдений и „социальность" выводов отнюдь не укладывается в понятии „санитарная работа"—эти наблюдения и выводы *могут* лишь служить исходным материалом для санитарных мероприятий. Однако, во-первых, санитарные мероприятия устанавливаются *не только* на основании выводов из результатов деятельности лечебно-профилактических учреждений. Во-вторых, санитарные мероприятия *могут определяться* и, независимо от этих выводов, факторами другого характера.

Об'ект воздействия санитарной организации—природные условия, окружающие человеческое общество и условия производственной деятельности этого общества, метод воздействия—санитарно-технический. Само собой разумеется, что природные условия (почва, вода, климат, жилище, промышленные условия), поскольку на них постоянно влияет человек, стремясь их изменить для своей пользы,—в каждый исторический момент находится в состоянии, зависящем от социально-экономического

уровня общества и в свою очередь влияет косвенным образом на этот уровень. Поэтому и природные условия в известном смысле социальны. Здесь излишне заниматься определением сущности санитарно-технических мероприятий, но нужно подчеркнуть, что прямой задачей санитарной организации является оздоровление природных и производственных условий даже независимо от того, имеются ли или отсутствуют в данный момент результаты социально-патологического характера, с целью предупреждения таких результатов. Следует еще раз подчеркнуть что „массовость“, „социальность“ об‘екта, „предупредительность“ метода и задач вовсе не *отличают* характера санитарной деятельности, ибо эти качества в такой же мере должны быть характерны и для лечебно-профилактической деятельности в советско-медицинском смысле.

Попытаемся наши положения иллюстрировать примером. Кажется совершенно бесспорным, что санитарная организация должна и обязана заботиться об улучшении водоснабжения независимо от того, наблюдаются ли в данном месте или в данное время какие нибудь водные инфекции или нет. Конечно, если в результате деятельности *лечебных* учреждений выясняется увеличение числа этих заболеваний, то это заставляет санитарную организацию ускорить и усилить свое вмешательство, но санитарная организация будет противоречить самому существу своему и смыслу своего назначения, если будет ждать увеличение обращаемости в лечебные заведения. При этом *санитарными* мероприятиями в области борьбы с инфекциями, в данном примере—водными—является именно улучшение водоснабжения, а не изоляция больных и даже непредохранительные прививки, которые являются обязанностью лечебного учреждения, регистрирующего случаи инфекционного заболевания. Если бы лечебница этого не сделала, она заслужила бы порицание и со стороны лечебной, и со стороны санитарной организаций. Об‘ект воздействия в приведенном случае—одно из природных условий, метод,—санитарно-технический, ибо *дело санорганизации не только давать указания как улучшать то или иное условие, но непосредственно заниматься этим улучшением.*

То же разграничение функций и задач санитарной организации можно провести в области борьбы с другими инфекциями и интоксикациями, в том числе хроническими, однако в отношении последних всегда возникают ожесточенные споры. Казалось бы—положение совершенно ясное: непосредственная задача санитарной организации—поднять санитарное благоустройство жилищ и питания, благоустройство фабрик и заводов, даже независимо от того, сколько случаев туберкулеза, сифилиса, алкоголизма учтено и изучено лечебным учреждением, даже если этого учета и изучения вовсе не было. И здесь, конечно, результаты такого учета и изучения *могут ускорить*, пусть даже должны ускорить санитарные мероприятия в отношении той или иной группы населения, но не они одни должны определять эти мероприятия. Борьба с туберкулезом, с сифилисом, с алкоголизмом, как с фактами, как с наличными социально-патологическими явлениями (*борьба, а не предупреждение*), может, разумеется, начаться и вестись лишь после и по мере выяснения и выявления этих фактов и явлений, а это может быть выполнено только через благоустроенную сеть *лечебно-профилактических* учреждений, применяющих все современные методы лечебно профилактического воздействия. Основным для этих методов является—оздоровление путем *уменьшения заболеваемости* населения, путем поднятия физического уровня населения через улучшение условий труда и быта больных и их окружающих, короче—

основной метод—социально-биологический, а об‘ект воздействия—физическое состояние населения („органический капитал“ общества).

В области борьбы с все еще называемыми „социальными“ болезнями ярче, рельефнее, ощутительнее, чем в какой нибудь другой отрасли здравоохранения выясняется действительно правильная постановка вопроса. Дело не в том, какая организация должна *руководить* борьбой, а *дело в максимальных усилиях в этой борьбе всех частей единой системы здравоохранения*: и лечебной, и санитарной, и оздравдетской, и охматмладовской—каждой со своим об‘ектом и своим методом работы. Разговоры о взаимоотношениях между отдельными отраслями здравоохранения, с нашей точки зрения, совершенно праздны и могут свестись к известной дилемме Козьмы Пруткова: важно, следовательно найти такую целесообразную „рабочую формулу“, при которой на пути к единой цели не было бы ни какой неэкономной суетни, параллелизма в работе, топтания в ногах друг у друга. Эту рабочую формулу мы пытались набросать—разграничение практической работы по единственному относительно твердому признаку: об‘ектам воздействия и методам работы. Эта формула такова: лечебные учреждения ведут борьбу с заболеваемостью населения диспансерными методами, санитарные учреждения оздоравливают природные и производственные условия населения путем санитарно- технического благоустройства.

Защищаемая нами постановка вопроса вовсе не нова и не претендует, разумеется, на оригинальность. „Двусмысленное“ положение санитарной организации уже сознавалось в период земской „санитарии“, которая переживала накануне войны определенный кризис, быть может, отраженно влияющий до наших дней. В этом отношении весьма поучительны работы совещания по санитарным и санитарно-статистическим вопросам 31/III—3/IV—1912 года. Это совещание, наверное, многим памятно, во всяком случае, всем известно.

Не имея в виду напоминать в подробностях прения, происходившие на совещании, позволим себе лишь привести наиболее интересные, по нашему, места, из отдельных выступлений.

Сысин: Доклады Игумнова и Малыгина недостаточны в одном очень важном отношении: в них нет исторической перспективы и анализа тех общественных условий, среди которых создалась земская санитария и среди которых она находится теперь... Одно из положений Игумнова говорит, что общее направление земской санитарии должно оставаться то же, что и было прежде, и данных для изменений этого нет. С точки зрения анализа общественно-исторических условий прошлого и настоящего необходимо указать на неправильность этого положения. Из трех элементов слагается земская санитарная работа: из отношения к этому юридических хозяев положения--земств, из отношения самого населения и из отношения и взглядов самих врачей... Поэтому разработка и проведение тех практических шагов, которые выдвинуты самой жизнью, которые понятны и ясны населению—вот основная и первая задача земской санитарии в данное время. Организация жилищного надзора, водоснабжения, фабричная гигиена, и т. д.—вот это практические меры. Даже организованность населения, как опора успешности санитарных мероприятий, должна составить определенную работу санитарных врачей, организации попечительств, кооперативы и проч.—это также задача текущего момента...

Дурново: „В чем же сущность этого якобы „нового“ направления. Разве санитарные врачи, например, работавшие в той же Костромской губ. ранее д-ра Цветаева игнорировали санитарно-технические вопросы. *Правда, они отдавали неизмеримо более времени вопросам санитарно-общественным и лечебно-организационным* по сравнению с вопросами санитарной техники, но это было предвзятым шагом и вынуждалось требованиями местной жизни“.

Грановский: Всем известно, как велик спрос земства и городов на санитарных врачей в настоящее время, но всем также хорошо известно, что технически подготовленных специальных сил для удовлетворения запросов жизни к санитарным организациям у нас также нет... Условия русской жизни настоятельно требуют хорошо подготовленных специалистов по различным отраслям санитарии и гигиены: водоснабжению, фабричной гигиене, бактериологической технике, жилищной санитарии, удалению и обезвреживанию отбросов и. д. Между тем мы, врачи, топчемся на месте и повторяем зады общественного направления. Не старая давно умершая, народническая „деревня“, не крепкие

мужички", и не нынешние земцы цензовики, но дифференцировавшаяся жизнь, выдвинула ряд об'ективных требований по адресу санитарной организации... Очевидно, в настоящее время жизнь требует не одного только „общественного направления" и санитарно-статистических работ, но и основательной санитарно-технической подготовки и работы"...

Тезяков: „... Должен сказать, что этого нового направления нет—есть только эволюция в работах санитарных врачей"...

Кац: „... Различие заключается в перспективе, в порядке деятельности. Старые организации боялись проводить широкие санитарные мероприятия без предварительного изучения заболеваемости и движения населения, изучения водоснабжения и т. д. Молодые организации думают, что можно приступить к практической работе, не имея базиса в санитарном изучении губернии, в организованных врачебных силах. В этом мы сомневаемся и думаем, что молодым организациям следовало бы хорошенько учесть, своевременны ли практические меры, каковы будут их результаты, *чтобы не подвергать опасности самое существование организации*. Мы не будем судить о своевременности принятого направления за отсутствием фактического материала".

Томилин „...У нас есть прекрасные диссертации о санитарных условиях жизни крестьян во многих уездах, выпуклые медико-топографические исследования—но где же следы проведения в жизнь выставленных постулатов?... У нас нет санитарного законодательства, но органы, регулирующие санитарную жизнь народа—земская медицина и санитария, существуют уже не одно дясятилетие: между тем нельзя говорить, что гигиенические условия жизни крестьянства за истекший период улучшились: все осталось по старому, если не считать небольших попыток улучшить кое-где сельское водоснабжение"..

Совещание, как известно, приняло следующую резолюцию: „По заслушании докладов Игумнова и Малыгина, в связи с докладами Мееркова и Яковенко, прения сосредоточились на вопросе об условиях, задачах и характере деятельности земской санитарной организации. Сходясь в признании того положения, что деятельность санитарного врача должна отвечать потребностям массы населения и считаться с ее насущными интересами, не порывать с принципами общественной медицины, что она должна находиться в теснейшей связи с участковой земской медициной, мнения участников совещания разошлись при определении ближайших задач санитарной деятельности. Представители одного течения находили, что на первый план должны быть выдвинуты практические мероприятия санитарно-технического характера, как наиболее понятные и близкие населению, связывающие его с врачами и отвечающие запросам данного момента, что санитарные врачи должны быть специалистами-профессионалами, осуществляя свою общественную работу в профессиональной среде, что, наконец, при нынешнем строе земств непременным условием возможности санитарной работы должно быть об'единение санитарных врачей на профессиональной почве. Представители другого течения полагали, что санитарно-техническая деятельность является лишь одним из моментов деятельности санитарного врача, возможность которого определяется в каждом данном случае совокупностью местных условий и что *в настоящее время* нет оснований для коренного изменения задач санитарного врача по сравнению с прошлым. Подчеркивая необходимость для санитарного врача предварительного стажа земского участкового врача, признавая, что вопрос о задачах и условиях деятельности санитарных врачей представляет первостепенную важность и что ни положения докладов, ни прения не дают возможности притти к определенному решению, охватывающему вопрос в полном об'еме и передающем все оттенки течений, наметившихся в прениях, совещание постановило"... перенести вопрос на Пироговский с'езд, предварительно подвергнув его обсуждению на местах...

Мы так долго останавливались на данных из более или менее отдаленного прошлого, чтобы показать:

1. Что задачи земской санитарной организации не были в сущности оформлены.

2. Что кризис земской санитарии был осознан самой организацией.

3. Что уже в самой земской санитарной организации вырисовывались, намечались выдвигаемые нами основные положения.

4. Что по собственному признанию тогдашних противников этих положений *отсутствие санитарно-технического направления в земской санитарии было вынуждено и в то время* не было основания менять направления.

5. Что, следовательно, в настоящее время, когда завоеваны широчайшие возможности и перспективы санитарного благоустройства нет никаких оснований продолжать старое „вынужденное" направление. Санитарная организация должна с головой уйти в санитарные улучшения условий жизни и труда современного общества без оглядки на деятельность лечебных учреждений, считаясь лишь с результатами этой деятельности, как *с одним из моментов*, определяющих практические мероприятия.

Нам возражают: подобная постановка вопроса принципиально правильна, но *пока* лечебно-профилактическая организация не может справиться с задачей борьбы с заболеваемостью диспансерными методами. Историческая справка из эпохи земской медицины, как мы видели, говорит о противоположном: именно лечебно-профилактическая организация, унаследовавшая участковую медицину, унаследовала и все методы рациональной борьбы с заболеваемостью, а санитарная организация фактически только создается, не имея уроков в прошлом и примера в других странах, в которых нигде нет полного огосударствления здравоохранения. Мы считаем исторически об‘яснимым устремление санитарной организации в сторону борьбы с заболеваемостью. Вести истинно-санитарную работу (санитарное законодательство, санитарно-техническое благоустройство и проч.) при отсутствии наследства, опыта, без учреждений и даже без оформленной организации, при тяжелых экономических условиях очень трудно, и исторически, может быть правильно, что ради своей легализации, ради фиксирования на себе общественного внимания санитарная организация занялась в самом начале, так сказать, не прямыми своими обязанностями. Мы считаем сейчас однако, необходимым сказать, что дальнейшее оставление того же положения таит в себе известные опасности: для санитарной организации—затемнение истинных задач, отвлечение и без того недостаточных сил на работу, которую должны вести другие; для лечебной организации—лишение штабов диспансерной реформы, имеющих целью превращение всех лечебных учреждений в своего рода медицинские участки, здрав‘ячейки, учраспреды; для всего дела здравоохранения—путанность организационных форм и методов работы. Но главным образом мы считаем нужным здесь обратить внимание на основную опасность—на обессмысливание, если так можно выразиться, всей работы участкового врача. Он очень много вытерпел и с честью довел сельскую медицину до лучших времен; он достаточно пострадал от порицания его „лечебной" работы—было такое время, когда требовали от него „профилактики" во что бы то ни стало, „рассудку вопреки и наперекор стихии", не разбираясь в смысле, сущности и значении истинной профилактики, без элементов медицинского дела, с единственным способом профилактики—санпросветом. Исторически это тоже об‘яснимо и заслуживает полного оправдания, но было бы сейчас опасным экспериментом отнять у „лечебного" участка смысл и содержание его социально-гигиенической работы. Эта социально-гигиеническая сущность участка определяется его медико-статистической деятельностью, его мероприятиями по социальной борьбе с болезнями (именно так, а не борьба с соци-

альными болезнями). Насколько нам известно, никто из защитников „санитарности“ нашей профилактической работы и не думает этого предлагать, а если так, то необходимо сделать соответствующие организационные выводы по всей линии здравоохранения. Пора, кроме материальных улучшений участкового врача, использовать и другие методы его привлечения в сельские местности. В этом отношении об‘ективное освещение исторической перспективы и истинной роли и значения лечебно-профилактической деятельности на селе может принести незаменимые результаты.

Оставление за санитарной организацией руководства борьбой с социальными болезнями или, точнее, социальной борьбой с болезнями, этой самой существенной и большой частью участковой работы, фактически создает двойную, а иногда двойственную зависимость лечебно-профилактического учреждения (медучастка). И здесь припоминаются некоторые факты из земского периода. Всем известно враждебное отношение со стороны не малого числа участковых врачей к земской санитарной организации. На том же совещании, о котором мы подробно писали выше, доктор Вейсброд, между прочим, сказал следующее: „Я думаю что те трения между участковыми и санитарными врачами, о которых говорил Тезяков, главным образом происходят от того, что *желают руководить, а не могут.* Малыгин говорит—санитарные врачи руководствуются в своей деятельности совещаниями санитарных врачей, но ни слова об уездной организации; говорит о необходимости тактичности к управе, но ни слова о тактичности к участковой медицине; у него даже проскользнуло выражение „бессмысленная лечебная медицина“. Если последние слова выражают скрытое отношение со стороны отдельных санитарных врачей к участковой лечебной медицине, то вот где и таится та причина ненормальных отношений, существующих у участковых врачей к некоторым санитарным врачам... Только там можно ожидать плодотворной работы, где деятельность санитарного врача идет параллельно работе участковой медицины, дополняя ее, где санитарный врач является рядовым земским работником, а не только руководителем“.

Сейчас вводится институт районных санитарных врачей в разных частях сельского СССР, и потому крайне своевременно вспомнить давно сказанные слова. Если они были правильны 14 лет тому назад, то тем более они правильны теперь, так как „общественность“ уже давно перестала служить украшением и быть привиллегией санитарной организации, а передать санитарному врачу руководство работой, которую изо дня в день выполняет врач „лечебного“ участка значит заранее создать весьма трудные условия содружественной деятельности. Необходимо многому учиться, но нельзя ничего забывать. Повторяем, из этого необходимо сделать соответствующие организационные выводы, а если будут сделаны правильные выводы для сельских местностей, то нечего сомневаться, что в отношении городов „особых мнений“ быть не может.

Не следует, наконец, упускать из виду еще одного обстоятельства, которым поддерживаются споры о „месте социальных болезней“— это отсутствие кадра санитарно-технически подготовленных врачей, имеющих, так сказать, вкус к санитарно-технической деятельности. Недаром говорят о „кризисе санитарной организации“. Имеется довольно значительный контингент лечебников-профилактиков из бывших участковых врачей и земского, и современного периода, которые нередко сами себя считают санитарными врачами, которые имеют большой „вкус“ к медико-статистическим исследованиям и социально-гигиеническим выводам; эти врачи, может быть, и имеют право числиться в списке санврачей, так как исторические основания для этого более чем достаточны. Но основной факт сегодняшнего дня—это недостаток санитарно-технически подготовленных врачей. Оформление сущности и задач санитарной организации в том смысле, как мы это осветили, должно, по нашему убеждению, внести ясность и в этот вопрос, поставив определенные задачи перед университетским образованием.

Прежде чем окончательно резюмировать нашу точку зрения нужно заметить, что до сих пор еще не определено положение медицинской статистики. Можно было бы и здесь привести исторические доказательства неизбежности слияния статистики с *земской* санитарной организацией—доказательства, впрочем, вытекающие из всего сказанного выше. Однако в настоящее время найти какой-нибудь логический смысл в таком слиянии очень трудно. Мы уже указывали, что статистический метод изучения является настолько всеобщим, что им пользуется широко всякая организация, ведущая учет своей деятельности и производящая анализ ее. Что касается заинтересованности в результатах медико-статистических исследований то никак нельзя утверждать, что такая заинтересованность имеется только со стороны санитарной организации. Демографические сведения конечно нужны санитарной организации как исходный материал для начального суждения об обще-санитарном состоянии, но они составляют также незаменимый источник всяких ориентировочных планов для всех отраслей здравоохранения, занятых строительством сети учреждений и на основании естественного движения населения. Сведения о заболеваемости, получаемые, кстати, в результате деятельности лечебных заведений, разумеется, дают весьма ценный материал санитарной организации в ее суждениях, какие мероприятия необходимо разработать в том или ином месте, в то или иное время для предупреждения болезней, обусловленных отсутствием санитарного благоустройства—но статистика заболеваемости нужна и лечебной организации для установления необходимости тех или иных видов лечебной помощи. Мы хотим сказать, что медико статистическая работа должна вестись каждой частью здравоохранения, что было бы неэкономно и вызвало бы параллелизм в работе, либо должна быть выделена в самостоятельную единицу—в медико-статистический отдел.

Мы не станем дифференцировать задач санитарной организации и организации по охматмладу, поскольку выделение последней вызвано биологическими особенностями детского организма, особым методом воздействия на него, социальным значением охраны здоровья будущего поколения. Взаимоотношения между ней и санитарной организацией совершенно ясны при нашем понимании задач последней.

Задачи санитарной организации, по нашему мнению, таковы:

1. Санитарная охрана и благоустройство жилищ.
2. Санитарная охрана и благоустройство водоснабжения;
3. Санитарная охрана и благоустройство почвы.
4. Санитарная охрана пищевых продуктов и благоустройство общественного питания.
5. Санитарная охрана и благоустройство путей сообщения.
6. Санитарная охрана и благоустройство условий профессиональной работы.
7. Дезинфекционное дело и
8. Распространение санитарно-технических знаний.

Как видно, в этом перечне ново лишь отсутствие борьбы с острыми и хроническими заразными болезнями и интоксикациями, и отсутствие медицинской статистики. Мы не будем повторять соображений относительно статистики, а в отношении эпидемий и так называемых социальных болезней здесь уместно еще раз подчеркнуть, что борьба с ними представляет собой очень сложный комплекс мероприятий, в разработке и проведении которых действенно и практически участвуют все части органов здравоохранения, а санитарная организация участвует в этой борьбе через осуществление перечисленных нами ее

задач. На правильность нашей точки зрения, между прочим, указывает и то обстоятельство, что вопросы борьбы с сифилисом и туберкулезом не укладываются в программах обще-санитарных с‘ездов и только борьба с эпидемиями по традиции продолжают занимать эти с‘езды. И в лечебной организации правильно выделение части не по борьбе с социальными болезнями, а по социальной помощи наряду с частями по лекарственной, протезной помощи и проч. Мы бы не возражали против выделения борьбы с „социальными“ болезнями, в особую задачу советского здравоохранения, если бы вся система строилась по принципу борьбы с отдельными заболеваниями. Во всяком случае нам кажется, что подобное разделение более соответствовало бы профилактическому направлению советской медицины, чем нынешнее монопольное владение санитарной организацией всеми отраслями профилактической деятельности. Кстати, по нашему мнению, и от понятия „санитарный“, и от понятия „лечебный“ следовало бы отнять эпитет „профилактический“, так как таковым является все советское здравоохранение. Так или иначе, деление на санитарный и лечебный отделы по указанной нами линии разграничения их функций (санитарно-технической и лечебно-профилактической) сейчас совершенно реально и целесообразно.

В даваемом нами перечне задач санитарной организации санпросвет заменен распространением санитарно-технических знаний. Это сделано сознательно. Санпросвет вообще есть метод, применяемый во всех отраслях здравоохранения, особенно широко и плодотворно он должен применяться, между прочим, в лечебных заведениях, и для нас совершенно непонятно почему о вреде спиртных напитков должен просвещать санитарный врач лучше, чем невропатолог; соответственно можно сказать и по поводу устройства человеческого тела, о сущности инфекций и борьбе с ними и т. д. и т. д. Но что в настоящее время действительно требует самого широкого распространения и глубокого общественного внимания—это способы оздоровления элементов повседневной обстановки. Это есть прямая и непосредственная, большая и до сих пор неразрешенная задача санитарной организации. *Научить одну деревню строить, в соответствии с имеющимися материальными средствами, здоровый дом, здоровый колодец, здоровое отхожее место, конечно, труднее, но и гораздо важнее чем написать и издать брошюру на какую нибудь санпросветительную тему.* Разумеется, за санитарной организацией может остаться и разработка самой методики санпросветработы.

Мы полагаем, что у нас имеется достаточно оснований сказать, что ограничение задач санитарной организации приведенными выше должно определить все направление ее деятельности. Сейчас нет никаких оснований заменять эти задачи другими, возложенными на другие части системы советского здравоохранения. Только при ясной и четкой дифференциации об‘ектов и методов воздействия, при умелом пользовании этими методами, *может быть достигнут реальный успех в деле предупреждения самого появления заболеваний, а не только в деле борьбы с распространением уже появившихся болезней.* Работа всех частей системы в конечном счете имеет одну и ту же цель и одно направление, но каждая часть занимает свое определенное место, имеет свою определенную установку и свой особый механизм. Речь может и должна итти лишь о правильном разделении труда.

И к санитарной организации, как части всей системы здравоохранения, должны быть пред‘явлены следующие основные требования:

1. Она должна наилучшим образом обеспечивать осуществление прямых задач работы (производственный принцип).

2. Она должна полностью соответствовать современному строю всего социального существования (социально-экономический принцип).

3. Она должна при наименьшей затрате материальных средств дать наилучшие результаты (принцип режима экономии).

Из других организационных вопросов мы считаем наиболее важным: а) точное определение положения органов здравоохранения в области санитарного благоустройства среди других ведомств; б) установление единого административно-финансового строя санитарной организации и в) нахождение соответствующей формы участия населения в деятельности санитарной организации.

Разумеется, для того, чтобы органы здравоохранения стали действительным центром всех мероприятий по санитарному благоустройству, необходимо в законодательном порядке добиться такого положения, при котором ни одно мероприятие никакого ведомства, имеющее или могущее иметь санитарное значение, не проводилось бы без активного участия санитарной организации, а всякое разработанное санитарной организацией мероприятие должно быть обеспечено реальной возможностью его проведения.

Далее, поскольку центр тяжести деятельности санитарной организации лежит в санитарном благоустройстве, постольку кажется нецелесообразной строгая централизация ее, административная или финансовая. Местные условия на протяжении союза и даже одной союзной республики слишком различны, чтобы можно было думать о едином руководящем центре, если заранее не обречь его на бездеятельность. Самодеятельность мест—основной залог практических успехов, и только в силу финансовых затруднений для районных (волостных) и уездных (окружных) бюджетов может итти речь о финансировании организации из других источников (губернский или государственный бюджет). Единство руководства и направления достигается не административной централизацией, а единством санитарного законодательства и испытанными путями общественного сотрудничества на почве одних и тех же интересов оздоровления страны. Что касается санитарных вопросов, имеющих общее значение для всего Союза, то они могут регулироваться, как мы сказали, обще-союзным законодательством и созданием обще-союзного санитарного бюро или комиссии, работающих по согласованным положениям и инструкциям.

Наконец, надо пересмотреть опыт участия населения в санитарной деятельности: нам кажется, имеющийся опыт не вполне удовлетворительным. Повидимому, нужны другие организационные формы.

Впрочем подробное рассмотрение всех этих вопросов должно составить тему особых статей.

Общественное питание в городе Минске и дальнейшие перспективы его развития.

Д-р З. К. Могилевчик.

(Доклад, прочитанный в пищевой секции X-го Всесоюзного с'езда бактериологов, эпидемиологов и санитарных врачей в г. Одессе).

Развитие общественного питания обуславливается целым рядом предпосылок социально-экономического характера жизни населенных мест и общей структуры государственного строя, как в прошлом, так и в настоящем. На первом месте такими предпосылками являются: статика и динамика промышленности, общая экономика, бюджет трудящихся и роль трудящихся в государственном строительстве. Немаловажное значение при этом имеют особенности продовольственного рынка, жилищные условия и сложившиеся национально-бытовые особенности населения.

В данном случае Минск, в ряде других городов СССР, имеет ряд особенностей, из которых основными являются: мелкая промышленность, с разбросанными в разных частях города мелкими производствами и национально-бытовые особенности населения. Разбросанность мелких промышленных предприятий в разных частях города создает большие экономические трудности в приближении общественного питания к местам производства, что, по существу, является главной задачей общественного питания, а, в общем, вкоренившийся мещанский быт среди всего населения и религиозные предрассудки среди еврейской части населения,—являются отрицательными предпосылками для успешного развития массового питания, которое отвечало бы строю социалистического общества.

О дореволюционных формах общественного питания говорить не приходится. Отдельные рестораны и мелкие столовые, эксплоатируемые частными лицами в целях извлечения прибыли,—не были доступны широким слоям трудящихся, как не отвечающие их основным бытовым запросам и бюджету. По имеющимся сведениям, в Минске имелось около 5-ти ресторанов, 18-20 мелких столовых и 5-10 кофеен. Трактиров и чайных, типа центральных губерний, в Минске не имелось. Зато широко раскинута была сеть пивных и других пьяных притонов, которые охотно посещались белорусскими рабочими и мещанством. Еврейская часть населения, обычно, этих мест не посещала. Еврейское население в своей массе чужой кухней пользуется в исключительных случаях,—находясь вне домашней обстановки и то в специальных столовых „кошерных", каковых в Минске было 50% общего числа всех столовых.

Начало организации общественного питания, отвечающего запросам существующего строя, в Минске начинается с момента мирного строительства БССР. Практически проводит в жизнь общественное питание среди рабочей массы и других своих пайщиков—ЦРК. В дальнейшем начали принимать участие в деле общественного питания ряд

других организаций и учреждений (Пролетстуд БГУ, Инвалидная Кооперация, Окружком КЛСМ и др.), имея своей задачей обслуживание определенных групп населения. На первых порах работы имелся целый ряд дефектов организационного характера, общей постановки вопросов питания, санитарного состояния столовых и т. д., которые не вполне изжиты и по сие время. Строющаяся санитарная организация вначале не могла в достаточной мере уделить внимание столь важному вопросу общественного питания, в частности пищевой санитарии. Основной работой санитарной организации того времени являлась борьба с эпидемиями, охватившими всю БССР, на почве общей экономической разрухи и разорения страны, в результате предшествовавших войн и оккупации. Только в 1924 году Минокрздрав, из числа городских общесанитарных врачей, выделил одного врача соответствующей подготовки для основной работы по пищевой санитарии и общественному питанию. С этого, момента общественное питание принимает более правильные организационные формы, в которые вкладывается научное обоснование.

По примеру других Республик Союза, в мае м-це 1924 года, в БССР началась организация паевого товарищества „Белнарпит", которое в октябре того-же года приступил к работе. Устав „Белнарпита", по существу не отличающийся от устава Нарпита РСФСР, был утвержден только в мае 1925 года. Благодаря незаинтересованности пайщиков, отсутствию опыта в работе и пассивности членов Правления,— „Белнарпит" просуществовал недолго, в октябре 1925 года начался упадок работы, а в апреле 1926 г. последовала полная ликвидация его. Отсюда уже само собой понятно, что каких либо достижений или улучшений в деле общественного питания „Белнарпит" дать не мог, кроме предоставления налоговых льгот ранее существовавшим столовым ЦРК. По своей ликвидации, „Белнарпит" оставил пайщикам дефицит в 8.950 р. 61 к., явившийся в результате открытия и эксплоатации им самим двух небольших столовых в Минске (с нагрузкой 50-60 обедов каждая) и 4 столовых в городе Витебске. Столовые „Белнарпита" после ликвидации перешли в ведение ЦРК, а паевые взносы, постановлением ЭКОСО, переданы Комитету Содействия Общественного Питания при Белрабсекции. Вместо самостоятельного „Белнарпита", недавно назначен Союзным Нарпитом уполномоченный по общественному питанию в БССР, который вошел в состав Комитета Содействия при Белрабсекции. В данный момент работа к-та сводится к организационному оформлению работ самого к-та и изысканию материальной базы.

В период существования „Белнарпита" был создан научно-пищевой совет, в который входили, главным образом, работники санитарной организации Наркомздрава и Окрздрава и научные работники У-та. За краткостью времени своего существования, научно-пищевой совет своей работы не выявил. Теперь опять стоит вопрос об организации научно-пищевого совета при К-те Содействия общественному питанию.

Общее количество столовых (характера общественного питания) по Минску имеется 14, из коих 8 принадлежит ЦРК, 3 Инвалидной Кооперации и 3 прочим организациям. Кроме этих столовых, имеется еще около 8 мелких частных столовых (4 из них „кошерные"). Столовые типа общественного питания делятся на закрытые и обще-доступные. В столовых закрытого типа, обслуживающих организованные группы населения (рабочих на производстве, студенчество, ЛКСМ и т. д.), насчитывается 7. Из числа 7-ми общедоступных столовых,—3 столовыя повышенного типа (2 столовых ЦРК и одна Пролетстуда).

Наибольшая заинтересованность и стремление к улучшению постановки работ столовых отмечается со стороны ЦРК, который в составе своего аппарата имеет особый П/отдел общественного питания, ведающий эксплоатацией всех своих столовых. В отношении других организаций приходится сказать, что работа их зависит от требований саннадзора и обслуживаемой ими группы населения. Инициативы в деле улучшения постановки работ столовых у этих организаций отметить не приходится. Инвалидная кооперация смотрит на свои общедоступные столовые, как на доходную статью.

В связи с постепенным улучшением постановки работ столовых,— увеличивается нагрузка их. Так, по сравнению с прошлым годом, в текущем году число отпускаемых обедов увеличилось на 40 проц. (главным образом за счет столовых ЦРК). Общая нагрузка всех столовых в данный момент доходит до 6.000 обедов в день, из коих более 50 проц. падает на столовые ЦРК. По отдельным столовым отпуск обедов выражается: минимум 60 обедов и максимум 1.300 обедов в день, в среднем на одну столовую приходится около 430 обедов в день. Столовые с малой нагрузкой относятся к закрытому типу столовых, только одна студенческая имеет нагрузку до 1.000 обедов, с большой нагрузкой—типа общедоступных. В столовых закрытого типа производится выдача одних только обедов (ужины только в отдельных случаях), в общедоступных столовых—обедов и ужинов (порционно). Более разнообразное меню проводят столовые общедоступного типа (3-4 первых и 3-6 вторых блюд). В столовых закрытого типа (1-2 первых и 1-2 вторых). Недостаток в меню всех столовых—отсутствие вегетарианских блюд. Необходимо отметить, что составление меню мало приспособляется к сезонности местного продовольственного рынка (зелень, грибы и т. п.).

Отмечается непостоянство качества и вкуса одних и тех-же блюд, даже в одной и той-же столовой, зависящее от разной квалификации кулинаров, а также от качества продуктов изготовления, особенно топленого жира, качество которого зависит от времени между убоем скота и вытапливанием его (говяжий жир), условий хранения и техники вытапливания.

Калорийность обедов из 2-х блюд, включая и хлеб, по отдельным столовым колеблется от 1100 до 1700 калорий, в зависимости от разницы в нормах раскладки по отдельным организациям. Приводимая калорийность исчислена по Словцову; лабораторное исследование до сего времени произведено неполностью. Средняя калорийность обеда 1.300—1.400 калорий. Если такая калорийность для общедоступных столовых в условиях Минска приемлема (обедающие преимущественно служащие), то в закрытых столовых—недостаточна, особенно для столовой при заводе деревообделочников.

Стоимость обеда из 2-х блюд по отдельным столовым, независимо от нормы раскладки, колеблется от 30 до 55 к. Низкие цены на обеды— в закрытых рабочих столовых, прикрепленных к местам производства, повышенные—в общедоступных столовых. Закрытые столовые в большинстве дефицитны и частично содержатся за счет столовых общедоступных повышенного типа—(ЦРК и Пролетстуд.) или за счет специальных ассигнований по тем или иным организациям (ЛКСМ, ЦПШ, Пролетстуд).

Существенным недостатком наших столовых является—несоответствующая планировка их и недостаток подсобных служб, что отражается на ходе работ и на санитарном состоянии их. Для примера

приведу характеристику столовых ЦРК, находящихся в более лучших условиях, чем столовые прочих организаций:

№№ и типы столовых ЦРК. / Имеется обособленно:	Рабочая общедоступная № 1	Общедост. повышенного типа № 2	Общедост. повышенного типа № 3	Рабочая закрытая № 4	Рабочая закрытая № 5	Рабочая общедоступная № 6	Рабочая закрытая № 7	Рабочая закрытая № 8
1. Кухня	+	+	+	+	+	+	+	+
2. Судомойня	+	+	+	+	—	+	+	—
3. Обеден. залы	2+	3+	4+	1+	1+	2+	1+	1·
4. Кладовая для нескоропорт. продуктов	+	+	+	+	+	+	+	+
5. Кладовая для скоропорт. продукт. с ящиком—ледник	—	+	+	—	—	+	—	—
6. Заготовочная	+	—	—	+	—	+	—	—
7. Ледник	+	+	+	+	+	+	—	+
8. Погреб	+	+	+	+	+	+	+	+
9. Прихожая—раздевальня	+	—	+	—	—	—	—	—
10. Комната для рабочих	+	—	+	—	—	+	—	—

Примечание. Столовые №№ 3 и 6 имеют ледники в других домовладениях.

Из этой таблицы мы видим, что дифференциация столовых довольно разнообразна, при чем более дифференцированы столовые общедоступные, менее—закрытого типа. Ненормальная планировка связана с ненормальной увязкой отдельных служб, особенно между кухней, залами и судомойной, что в процессе работы вызывает лишнюю толчею на кухне, лишнее хождение и простои оффициантов, лишнюю трату времени посетителями. Кроме ненормальностей в процессе работ, ненормальности планировки связаны с увеличением штата и накладных расходов. Дефекты эти вызваны были необходимостью открытия столовых при наличии жилищного кризиса и недостатке материальной базы на их оборудование. Все столовые развертывались в помещениях совершенно неприспособленных, которые никак нельзя правильно распланировать без больших затрат, и то не во всех случаях, недостаток же площади при этом не дает возможности произвести соответствующей дифференциации. В отношении оборудования и состояния отдельных служб останавливаться подробно не буду, а отмечу лишь в общих чертах. Оборудование и состояние обеденных зал можно считать удовлетворительным, что же касается подсобных служб, то, кроме количественного недостатка их, они требуют еще целого ряда улучшений и оборудований, особенно места хранения продуктов (ледники и погреба).

Недостаток квалифицированных работников кулинарного искусства, а равно недостаточная квалификация наличного кадра,—отражаются на вкусовых качествах изготовляемой пищи, о чем было отмечено выше. Курсы для подготовки кулинаров, намеченные в этом

году, из-за отсутствия средств не состоятся. Выявляется также необходимость в подготовке всех работников столовых в духе понимания основ общественного питания и необходимых при этом санитарных сведений, так как отсутствие у работников столовых этих необходимых понятий и санитарных навыков—является существенным недостатком в процессе их работы: невнимательность и непонимание значения поддержания чистоты посуды, приборов, окружающей обстановки, а также невнимательное отношение в поддержании чистоты в отношении самих себя и т. д.

Несмотря на тяжелые об'ективные условия, в которых развивается общественное питание, в этом году мы имеем целый ряд достижений и улучшений, по сравнению с тем, что было год тому назад, в чем санитарная организация принимала самое активное участие. Для ученичества столовых проведены были краткосрочные курсы по санитарии и основам общественного питания. Результаты этих курсов теперь сказываются на отношении этих молодых работников к своим обязанностям в процессе работы. Проведена частичная механизация одной общедоступной столовой ЦРК (хлеборезка и мясорубка), которая до некоторой степени обслуживает еще две ближайших столовых. В большинстве столовых урегулированы нормы раскладок питания, ведется контроль за выполнением их. Достигнуто некоторое улучшение вкусовых качеств изготовляемой пищи. Путем проведения во многих столовых капитальных ремонтов (80 проц.), достигнуто улучшение санитарного состояния их, особенно кухонь, обеденных зал и судомоен, меньше достигнуто улучшения мест хранения продуктов. Особо важным достижением этого года является организация диэтических обедов при одной общедоступной столовой ЦРК и диэтической столовой Рабмеда для больных, направляемых амбулаториями. Имеется целый ряд и других улучшений, как то в отношении посуды, инвентаря, спецодежды и т. п. Все эти достижения в конечном итоге дали то увеличение числа обедов, о котором говорилось выше. Но, конечно, на этих мерах останавливаться не приходится, так как они далеко еще недостаточны, чтобы общественное питание было поставлено на должную высоту, когда оно сможет полностью удовлетворить запросы трудящихся и заменить собою частную кухню.

Теперь посмотрим, насколько же охвачены общественным питанием те или иные группы населения. Если мы возьмем 6.000 обедов, отпускаемых столовыми ежедневно, по отношению к общему числу населения 118.000, то получится конечно, незначительный процент обслуживания. Обслуживание в данный момент охватывает небольшую часть рабочих на предприятиях, неполностью студенчество и организованную молодежь—ЛКСМ (закрытые столовые) и часть служащих (общедоступные столовые). Совершенно, можно сказать, общественное питание отсутствует среди детских групп населения—школьников, безработной массы, сезонных рабочих. Недостаточное обслуживание рабочих масс на производствах зависит от того, что открытие отдельных столовых при мелких производствах, разбросанных в разных частях города, связано с увеличением накладных расходов, что является несоответствующим заработку рабочих. В отношении же других организованных групп населения (учащихся, безработных и т. п.), развитие общественного питания тормозится отсутствием материальной базы и единства руководящего центра. Среди общей массы населения на успех развития общественного питания в данный момент особенно расчитывать не приходится потому, что при наличии свободных женских рук в семье, стоимость домашних обедов при числе

3-4 чел. в семье, значительно дешевле (на 50—75 проц.), чем в столовых; кроме этого, наши столовые не настолько еще приспособлены к вкусовым и другим особенностям национально-бытового характера населения. Замена частной кухни общественным питанием,—это постепенная и напряженная работа в замене старого быта новым, в духе социалистического общества. В настоящее время общественными столовыми пользуются преимущественно холостяки, бездетные семьи, в которых оба члена семьи служащие, а также временно приезжающие.

Дальнейшие перспективы работ в области общественного питания, учитывая данное состояние его и об'ективные условия жизни города, о которых уже говорилось, должны сводиться к следующим основным моментам:

1. Для целей реального представления о правильной постановке общественного питания,—изучение питания населения с учетом национально-бытовых особенностей его, бюджета, профессий, труда и проч. признаков по отдельным группам населения.

2. Путем правильного использовывания местного продовольственного рынка, рационализации работ и механизации столовых,—стремиться к удешевлению обедов и улучшению вкусовых качеств их.

3. Стремление к охвату общественным питанием организованных групп населения: рабочих, учащихся, безработных и недостаточно обеспеченных групп.

4. Приближение общественного питания к местам мелких производств, через организацию центральной кухни и развоза горячей пищи на места в термосах.

5. Подведение прочной хозяйственной базы под общественное питание.

6. Научная проработка основ питания в местных условиях.

7. С целью подготовки кадра новых работников—создание школ типа фабзавуча с обязательным включением в их программу элементарного курса по гигиене и санитарии, с основами общественного питания и товароведения.

8. Улучшение санитарно-технического состояния столовых, мест хранения продуктов и т. п.

Принимая во внимание, что вопросы общественного питания являются сугубо важными профилактическими мероприятиями в деле оздоровления труда и быта, общее руководство и контроль за проведением в жизнь общественного питания необходимо сосредоточить в органах здравоохранения.

Детские инфекции в Смоленской губернии за период времени с 1893—1925 год.

А. Татаров.

Целью настоящей статьи является попытка не только дать простой обзор движения главных детских инфекций за 33 года, но и проследить также за периодичностью вспышек и за отношением их между собой.

Собранный материал касается только 4-х главных болезней: скарлатины, коклюша, дифтерии и кори, причем в данных о движении кори за 3 года (1916 по 1918 г.), к сожалению, имеется пробел, так как за эти годы прекратилось издание санитарных хроник Губернск. Земства.

При вычислении коэффициента заболеваемости взяты данные о естественном движении населения в Смоленской губернии за 25 лет (с 1886 по 1910 г.) из работ Санитарного Отделения Смоленской Губернской Земской Управы и данные Губстатбюро.

Рассмотрим сначала движение перечисленных инфекций за упомянутый период в абсолютных и относительных цифрах, а затем сопоставим между собою кривые этих заболеваний.

Это движение видно из следующей таблицы:

Годы	Скарлатина		Коклюш		Дифтерия		Корь	
	Абсол. цифры	На 10.000	Абсол. цифры	На 10.000	Абсол. цифры	На 10.000	Абсол. цифры	На 10.000
1893	1095	7.8	2593	18.6	374	2.6	411	2.9
1894	1866	13.1	1708	12.0	458	3.2	737	5.2
1895	1804	12.5	901	6.2	619	4.3	436	3.2
1896	1655	11.3	2817	19.3	296	2.2	1594	10.9
1897	2621	17.7	2872	18.7	586	4.3	1469	9.6
1898	1466	9.7	1395	9.2	893	6.5	1063	7.0
1899	1420	9.2	2205	14.3	1063	7.6	356	2.3
1900	4074	26.0	1743	11.1	917	6.4	1223	7.5
1901	4277	26.8	3548	22.4	1015	7.0	2417	14.7
1902	3183	18.6	5069	26.0	980	6.7	1007	6.8
1903	3140	19.1	3083	18.7	1329	8.0	1221	7.2

Годы	Скарлатина		Коклюш		Дифтерия		Корь	
	Абсол. цифры	На 10.000	Абсол. цифры	На 10.000	Абсол. цифры	На 10.000	Абсол. цифры	На 10.000
1904	4028	24.1	3356	20.1	1062	6.3	1786	10,4
1905	4336	25.4	4426	25.9	1140	6.7	840	5.9
1906	5855	34.0	4093	23.8	1779	0.3	1776	10.0
1907	4033	23.0	2449	14.0	1230	7.0	2153	11,9
1908	2828	16.0	4738	26.3	1358	7.5	1469	7.9
1909	3100	17,0	5156	28.3	1569	8.6	3140	17,8
1910	5593	30.3	4592	24.9	3233	17.5	3468	18.3
1911	2960	17.0	4236	24.4	2531	15.0	1290	6.7
1912	2325	11.0	5478	25.8	1478	7.5	850	4.3
1913	5546	27.0	3240	15.7	1527	7.5	3116	10,4
1914	3685	18.0	5074	24.7	1794	8.9	3723	12. 5
1915	5081	25,0	4659	22.9	1058	5.2	—	—
1916	6159	30.0	3663	17.8	2011	10.0	—	—
1917	1820	9.0	841	4.2	1534	7.5	—	—
1918	1664	8.3	3059	15.3	8832	44.0	1128	5.6
1919	1381	6.9	2999	14.9	1392	6.9	1950	9,7
1920	3985	19,0	4948	23.5	2238	11.0	3902	18.6
1921	4715	23.0	5346	26.1	1895	10.0	2944	14.3
1922	2330	11.0	1667	7.8	1351	6.9	2614	12,2
1923	1343	7.0	1282	6.7	965	6.9	2699	12.3
1924	3060	13.5	7000	31.1	1425	6.3	4053	18.3
1925	7266	32.2	10274	45.6	1819	8.0	15154	67.0

Сами по себе цифры заболеваний едва ли где-бы то ни было могут претендовать на точность. Особенно это относится к кори и коклюшу.

На корь лишь в самое последнее время стали смотреть как на болезнь далеко не столь невинную, чем это казалось, но этот взгляд не нашел еще своего отражения в широких массах, особенно в деревне, и, надо думать, что цифры заболеваний корью всегда были да и теперь еще гораздо выше попадающих в статистическую регистрацию; это относится и к коклюшу.

Во время коклюшных эпидемий родители, показав в амбулаторию одного коклюшного ребенка из семьи и убедившись, что медицина

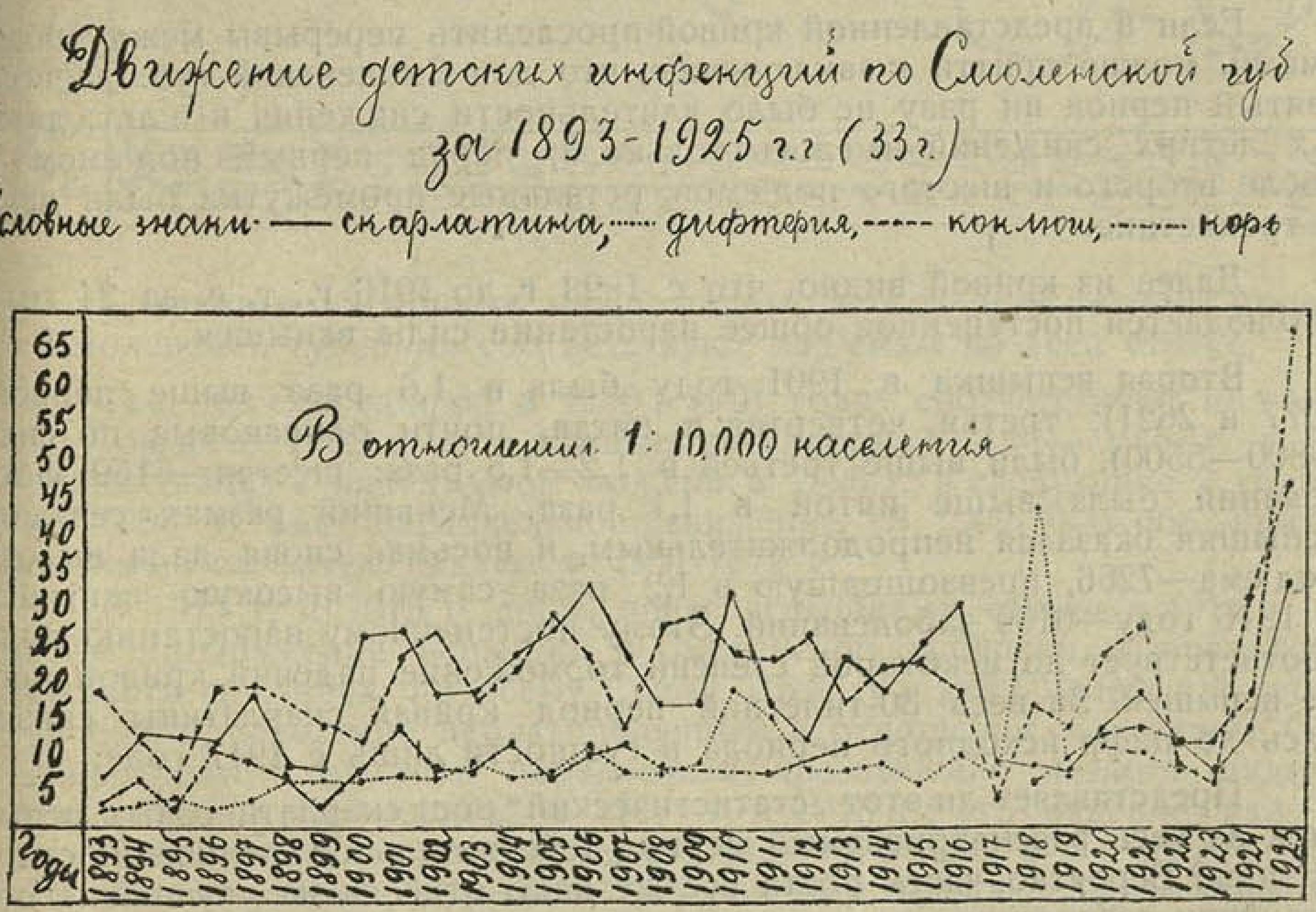
почти бессильна, в общем, бороться с этой болезнью, не считают нужным везти к врачу остальных больных. Таким образом, регистрировалась едва ли $^{1}/_{4}$ всех больных коклюшем. Сказанное относится почти в равной степени и к кори.

Санпросвет в отношении этих двух болезней, в общем, молчит еще и до сих пор.

Статистика скарлатины, по мнению проф. *Филатова*, вообще отличается огромной трудностью и никогда не бывает точна, так как во время эпидемий в регистрацию, с одной стороны—не попадают часто легкие и атипические случаи скарлатины (напр. скарлатина без сыпи), а с другой стороны случаи простых ангин могут сойти за скарлатину.

Тем не менее об‘ем поражаемости населения той или иной болезнью, взятый за тридцатилетний период, дает отчасти определенное представление об истинной картине ее движени я.

Если изобразить приведенные цифры абсолютных заболеваний и коэффициент заболеваемости указанными инфекциями в виде кривой, мы получим следующую картину.



Анализируя по этой кривой движение скарлатины, мы прежде всего сталкиваемся с установленным в достаточной степени фактом периодических под‘емов этой инфекции. Таких под‘емов за весь разбираемый период насчитывается—8.

После незначительного постепенного понижения в 1894, 1895 и 1896 годах с 1866 заболеваний до 1655, мы видим первую вспышку 1897 г., давшую 2621 заболевание, эта вспышка была однолетняя; уже в 1898 году кривая упала до 1466 заболеваний; падение продолжалось немного и в 1899 году; в конце этого года, т. е. после двухлетнего снижения, кривая начинает снова расти. Это наростание длилось уже 2 следующих года: в 1900 г.—4074 и в 1901—4277 заболеваний. Затем идет снова двухлетнее понижение, приходящееся на

1902-1903 г. г. Третья вспышка захватила 3-х летний период: 1904-1906 года с максимальным и первым по силе за 14-ти летний период под'емом, достигшим 5855 заболеваний. После столь резкого под'ема идет снижение на 3 года (1907-1909); далее за 1910—13 годы, т. е. за 4 года, снова наблюдаются 2 одногодичных под'ема (4-й и 5-й по счету), почти одинаковых по силе и несколько меньших, чем третий, давшие 5593 и 5546 заболеваний.

После снижения в 1914 году идет шестой по счету двухлетний под'ем, давший в 1916 г. 6159 заболеваний или самую высокую вспышку за весь период с 1893 года. В следующие 3 года (1917-20) наблюдается чрезвычайно резкое падение, снизившееся почти к отправному уровню, т. е. к 1893-94 годам; это благополучие соответствует падению детских инфекций во всем СССР.

На 1920 и 21-й год мы видим седьмую волну, немного большую 2-ой вспышки 1901 года (4715 и 4277), затем идет последнее за весь взятый период снижение, обнимающее 1922 и 1923 года, после чего началось 8-е последнее наростание, самое острое из всех наблюдавшихся, давшее в 1925 г. 7266 заболеваний (32,5:10000).

Если в представленной кривой проследить перерывы между под'емами, можно притти к заключению, что для Смоленской губ. за весь взятый период ни разу не было длительности снижения в 5 лет; даже 4-х летних снижений имелось только 3; перед первым под'емом и после второго и шестого под'емов, остальные промежутки были двух и трехлетние.

Далее из кривой видно, что с 1893 г. до 1916 г., т. е. за 24 года наблюдается постепенное общее наростание силы вспышек.

Вторая вспышка в 1901 году была в 1,6 раза выше первой: 4277 и 2621); третья, четвертая и пятая, почти одинаковые по силе (5800—5500), были выше третьей в 1,2—1,5 раза; шестая—6159 заболеваний была выше пятой в 1,1 раза. Меньший размах седьмой вспышки оказался непродолжительным, и восьмая снова дала высоту под'ема—7266, превзошедшую в 1,2 раза самую высокую вспышку в 1916 году—6159 заболеваний. Этому постепенному наростанию волн соответствует до некоторой степени торможение падений кривой после вспышек. За весь 30-тилетний период кривая скарлатины снизилась до цифр исходного периода в сущности лишь с 1917 года.

Представляет ли этот „статистический" рост скарлатинозных вспышек за весь рассматриваемый период действительное увеличение скарлатины? Вероятно, часть роста все же надо отнести на улучшение постановки статистики, постепенное увеличение медпунктов, усиление также и обращаемости населения к врачебной помощи.

Все эти факторы стали давать лишь лучшее выявление всяких заболеваний и особенно заразных; но с другой стороны рост сельских и городских школ, давая постепенное увеличение детских скоплений, должен был влиять на усиление детских инфекций.

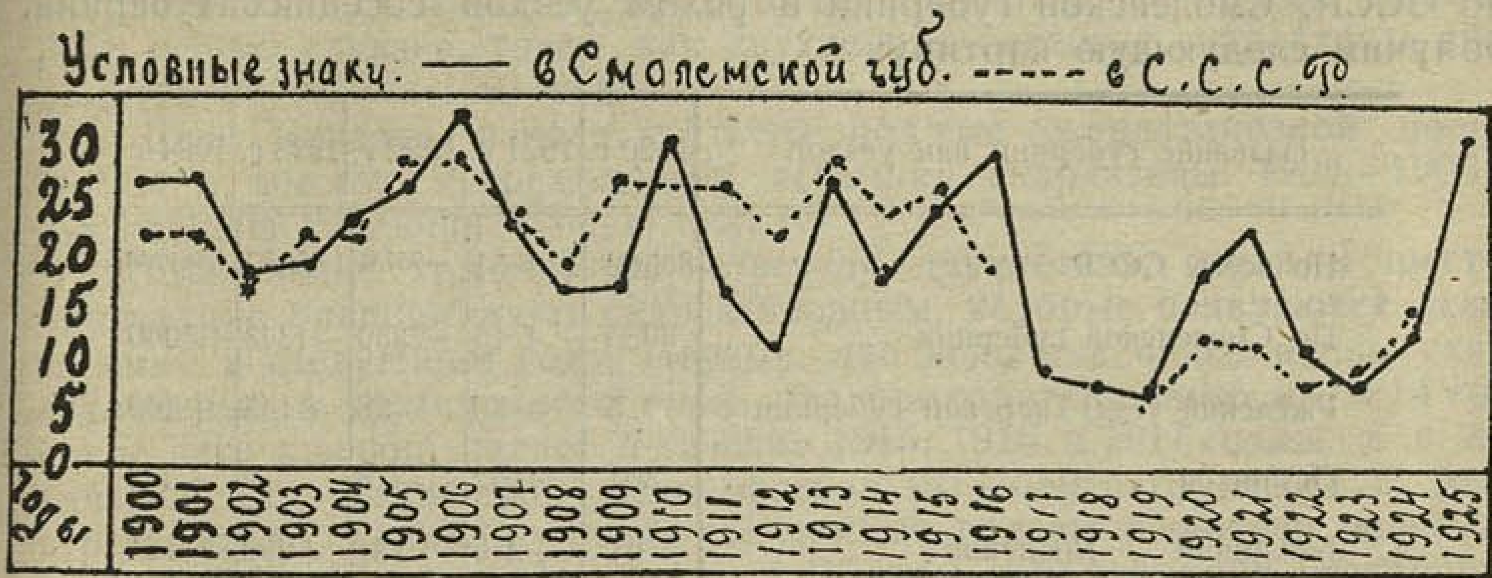
В городах, особенно больших, к этому присоединялось наростание жилищного кризиса и общей скученности, особенно бедных слоев населения.

Следовательно, можно также думать, что существовали причины, обусловливавшие и действительный рост детских инфекций, в виде усиления накопления горючего материала.

Чрезвычайно интересным является сопоставить движение скарлатины в Смоленской губернии за весь упомянутый период с движением по всей стране за этот же период.

Первый под'ем скарлатины с 1897 г. в Смоленской губернии в сущности соответствует и некоторому наростанию ее в целой стране: 158.000 в 1896 и 183.000 в 1897 г.; правда, в 1898 г. кривые в Смоленской губернии и по всей стране разошлись. В Смоленской губ. наблюдалось падение, а во всей остальной стране—продолжение под'ема.

Если изобразить в виде кривых, начиная с 1900 г. по 1925 год движение скарлатины в Смоленской губернии и в СССР, мы увидим следующее:



Сравнивая обе кривые, можно видеть, что отчасти под'емы кривой в Смоленской губернии соответствуют под'емам во всей стране.

Так, под'емы кривой в 1900 и 1901 годах соответствуют под'емам и в Союзе. В 1902 г. обе кривые снизились. В 1904—1906 г. г. обе кривые растут с максимумом под'ема в 1906 г.; в следующие 2 года:— 1907-1908 г. идет параллельное снижение. В 1909-10 г. обе кривые поднимаются, затем падают в 1911-1912 г.

В 1913 г. и 1915 г. снова новая вспышка, и только в 1916 г. мы видим продолжение вспышки в Смоленской губернии, в противоположность снижению по всему Союзу. Этот год для Смоленской губернии был определенно неблагополучным в отношении скарлатины. Особенно следует отметить параллелизм чрезвычайно низкого падения обоих кривых скарлатины в 1917 г. и 1918 г.; это падение дало во всем Союзе небывало низкие цифры—67.000 и 30.000, а в Смоленской г., как было указано, снизило заболеваемость до цифр отправного периода. Впрочем уверенно сказать, что это соответствует действительности вряд ли возможно. Начавшийся период революции, потом гражданской войны мог сильно влиять на обращаемость населения за врачебной помощью. Много медучастков к тому же были лишены врачей. Вспышка в 1920, 1921 годах снова идет параллельно и по Союзу и по Смоленской губернии.

Что касается последнего под'ема, мы видим, что общесоюзный начался годом раньше, т. е. с 1923 г., тогда как в Смоленской губ. скарлатина в этот год снизилась до небывало низкой цифры, и лишь в 1924 г. она начала свой стремительный рост, приведшей к самой высокой волне 1925 года.

Итак, можно в общем говорить о параллелизме заболеваемости скарлатиной в Смоленской губернии и в Союзе.

Интересным явился бы анализ всех отдельных частей Союза в отношении заболеваемости; насколько распространена общность скарлатинозных пароксизмов, какие части Союза может быть являют счастливые аномалии и обратно. Особенно важным явится сопоставление силы заболеваемости отдельных частей Союза с учетом детских организованных скоплений: не являются ли усиленные пионерские занятия, обильные внеучебные скопления детей в школах факторами, затягивающими эпидемию; не является ли необходимым разрешать эти детские скопления до возможного минимума, пока не угаснет эпидемия во всеобщем масштабе.

Сравнивая заболеваемость скарлатиной за время с 1920 по 1924 г. по СССР, Смоленской губернии и рядом уездов соседних губерний, получим следующую картину:

Название губернии или уездов	1920 г.	1921 г.	1922 г.	1923 г.	1924 г
По всему СССР . . .	86562	116351	—75731	115687	+201236
По Смоленской губернии . . .	3985	4715	—2330	−1343	+3060
Ржевский уезд, Тверской губернии .	5	—80	—38	+145	+369
Осташков. „ „ „ .	301	—42	— 8	—5	+375
Бежицкий „ Брянской „ .	97	+215	13	+292	—161
Торопецк. „ Псковской „ .	55	+64	—24	—18	+76
Медынск. „ Калужской „ .	69	—49	+57	+221	—57
Мосальск. „ „ „ .	231	—90	—67	36	+470
Спас. Дем. „ „ „ .	—	130	—22	171	+270
Юхновский уезд, Калужской губ. .	—	160	—85	34	+769

Отсюда можно заключить, что отдельные, даже ближайшие территории далеко не всегда совпадают в ходе инфекций за определенную единицу времени, напр. за год, не только со всей страной, но и с ближайшими соседними территориальными единицами. Однако и здесь можно отметить два года: 1922 год—максимального падения кривой по всему Союзу, увлекшего вниз, видимо, и отдельные мелкие части Союза и 1924 год, потянувший вверх заболеваемость в них.

Остальные годы, как видно из статистических данных, дают пеструю картину частичных несовпадений во времени хода скарлатины в упомянутых территориальных единицах.

Сложные взаимоотношения соседних территориальных единиц, из которых одна поражена в данный момент, а другая нет,—устранить в смысле влияния на заражение одною другой пока едва ли возможно. Однако, взаимное осведомление каждой пораженной единицы как внутри одной и той же губернии (одного Уздрава другим), так и разных соседних губерний могло бы иметь некоторое значение в смысле знания заранее источника, откуда идет опасность.

В настоящее же время при нерегулярности взаимной информации одного медучастка другим, одного уезда другим и одной губ. другой часто источник появления заболеваний ускользает, данная территориальная единица не готовится к эпидемии, и заболевания застают обычно врасплох не только отдельные медучастки, но и целые губернии.

Переходя к рассмотрению движения за тот же период коклюша, мы видим тот же периодический волнообразный характер, что и при скарлатине.

Под‘емы кривой коклюша в общем соответствуют таковым же скарлатины, не совпадая лишь с ними во времени, а именно: то предшествуя, то отставая. Таких вспышек коклюша точно также можно насчитать 8.

Первая из них началась в 1896 г., т. е. за год до скарлатинозной вспышки, она продолжалась два года, дав 2.817 и 2.872 заболеваний или 19 и 19,4:10.000.

Вторая вспышка наоборот началась через год после под‘ема скарлатинозной волны, она приходится на 1901 и 1902 года, давшие 3548 и 5069 случаев, тогда как двухлетняя вспышка скарлатины приходится на 1900 и 1901 года.

Если считать начало третьего под‘ема скарлатинозной волны с 1904 г., мы имеем трехлетнюю вспышку скарлатины: 1904—1906 и 2-х летнюю коклюша 1904 и 1905 г.

Следующие три волны: четвертая двухлетняя, пятая и шестая однолетние предшествуют скарлатинозным, которые появляются вслед за ними в следующем году. Первые две вспышки почти равны скарлатинозным и третья много ниже, она приходится только на 1914 год, после чего коклюш падает в течение 1915, 1916 и 1917 годов, т. е. литически; скарлатина же, поднимаясь в 1915—1916 г., в 1917 г. тоже стремительно падает, при чем, обе кривые падают необычно низко до уровня 1895 г., коклюш даже ниже. В этом обе эпидемии обнаруживают также параллелизм, который почти все время был им свойственен.

1920 и 1921 года дают одновременные параллельные вспышки и более высокими кривыми—коклюша.

В 1922 и 1923 г. кривые обоих инфекций сразу дружно падают, и в 1924 г., обе дают под‘ем, у коклюша чрезвычайно резкий и небывалый—7000 заболеваний.

Таким образом, мы видим, что на протяжении всего периода высшие точки под‘ема коклюша преимущественно приходятся между таковыми скарлатинозных под‘емов.

В отношении движения коклюша надо отметить еще сходство со скарлатиной—это стремление кривой удалиться от абсциссы, начиная с 1895 г. Лишь в 1917 г., т. е. через 21 год, кривая упала резко, даже ниже 1895 г.

Периодичность вспышек и постепенное наростание силы инфекции, хотя не так характерно видно также на кривой дифтерии. Последняя представляет гораздо менее изломанную кривую, которая после небольших снижений постепенно однако шла кверху на протяжении всего периода.

Эпидемиология дифтерии, как известно, более удобна для изучения, т. к. возбудитель ее известен и лечение дает более активные результаты, чем при 3-х остальных инфекциях. Здесь особенно показательна разница между заражением и заболеванием. Зная более или менее хорошо возбудителя, можно изучать при каких условиях он в состоянии возбудить болезнь и при каких нет.

Изучение бациллоношения и заболевания в школах, детдомах, семьях зажиточных, семьях бедных, живущих скученно или разреженно и т. д. уясняет многие факторы, характерные для эпидемиологии дифтерии. В отношении последней следует припомнить слова санитарного врача Херсонского Земства Уварова: „при одних и тех же основных свойствах микроорганизма факторами, определяющими течение

эпидемий, являются не эти свойства, а влияния, вне их лежащие и дающие лишь сочетание этих влияний с влиянием свойств микроба".

Из этих внешних свойств, лежащих в общественном организме, благоприятствующих дифтерии и влияющих на закономерность ее эпидемилогии, прежде всего, как известно, имеет значение возраст.

По Гергарду возраст, наиболее предрасположенный к дифтерии, падает на 2—8 годы, по Эртелю и Вейхсельбауму от 1 до 10 лет вообще, но с главным поражением возраста от 2—4 лет.

Эта возрастная уязвимость подтверждена в достаточной степени Земско-медицинскими наблюдениями в Московской, Воронежской (Шингарев), Херсонской (Уваров) губ. и проч.

Значит, уже априорно можно ожидать, что обширные не дифтерийные эпидемии, поражающие носоглоточное пространство у детей в том же возрасте, что и при дифтерии, будут способствовать и повышению дифтерийных заболеваний, что и оправдывается на кривой дифтерии за 30 лет по Смоленской губернии.

Начавшись коэффициентом с 2,6:10000 в 1893 г., кривая поднялась до 10:10000 в 1906 г.; затем идет постепенное небольшое снижение до 1910 г. и в этом году можно констатировать первую более значительную вспышку, до 17,5:10000. Эта вспышка соответствовала таковой же по всей тогдашней России, давшей небывало высокий коэффициент 43,1:10000. С 1911 г. идет опять постепенное снижение до средних цифр 5—10:10000 до 1918 года), давшего необычный высокий под'ем, который не удалось об'яснить до настоящего времени, тем более, что в общероссийском масштабе в 1917—1919 г. отмечается необычайное понижение цифры заболеваний дифтерией, до этого времени не наблюдавшееся. Нельзя об'яснить этого повышения в Смоленской губ. некоторым ослаблением деятельности Бакинститута в этот период, т. к. производство противодифтерийной сыворотки не прекращалось, несмотря на тяжелое состояние Бакинститута. Каких-либо литературных или статистических данных по этому вопросу найти не удалось. С 1918 г. идут снова колебания от 6 до 10:10000.

Эти колебания в общем соответствуют колебаниям скарлатины, идя до некоторой степени параллельно повышениям и снижениям последней.

Если взять заболевания скарлатиной и дифтерией по 5-тилетиям, получится следующая картина: скарлатина наростает 3 первых пятилетия и дает колебания с уменьшением заболеваний в следующие 3 пятилетия, дифтерия растет 4 пятилетия, дает резкое понижение в 5-е пятилетие, и в последнее пятилетие 1918—22 получается значительно большая цифра заболеваний, чем за каждое из предыдущих пятилетий.

При более подробном анализе кривой дифтерии по годам можно усмотреть ряд совпадений повышений кривой дифтерии со скарлатинозным под'емом: в 1906, 1910, 1916, 1920 и 1924 годах, т. е. в 5 случаях.

Чрезвычайно было бы интересно проследить последовательность под'емов кривой скарлатины и дифтерии во времени, т. е. наростает ли число дифтерийных заболеваний после под'ема скарлатинозной волны с опозданием, хотя бы на несколько недель или обе волны в своих колебаниях идут совершенно параллельно.

В первом случае можно было бы говорить о подготовительном влиянии более летучей скарлатинозной эпидемии менее летучей дифтерийной, во втором случае можно было бы говорить о случайных совпадениях вспышек обоих инфекций, из которых каждая имеет свои собственные причины повышений и снижений, напр. хотя бы в виде

исчерпания той или иной эпидемией возрастных кадров, наиболее восприимчивых к ней.

При этом часть детского населения этого возраста вымирает, часть приобретает иммунитет, и эпидемия временно самопроизвольно угасает до новой вспышки.

В этом случае для каждой эпидемии можно было бы до некоторой степени предсказать появление вспышки, имея в виду время, необходимое для накопления новых свежих возрастных кадров детей, наиболее восприимчивых к данной инфекции.

Для дифтерии такая периодичность, по крайней мере, для крупных вспышек многими педиатрами и санврачами принималась в 10-ти летний срок (Уваров, Раухфус, Тезяков и др.).

Н. И. Тезяков в своей монографии „О распространении дифтерийных эпидемий в России за 25 лет с 1886 по 1910 г.“ приходит к выводу, что появление эпидемий дифтерии составляет не случайное, а вполне закономерное явление, повторяющееся через ряд лет“.

Но как бы то ни было, отрицать влияние одних инфекций на другие и рассматривать их движения,—обострения и снижения—вне связи друг с другом не приходится, а потому и практические меры борьбы должны скорее всего проводиться суммарно, т. е. в отношении всей группы упомянутых инфекций, напр. особенно усиленная вакцинация против дифтерии при появлении где-либо скарлатинозной эпидемии, предохранительные прививки против скарлатины при появлении коклюшных эпидемий и т. д.

Если сравнить заболеваемость коклюшем и дифтерией с 1900 г. в Смоленской губернии с общесоюзной заболеваемостью, получим следующую картину:

Годы.	Коклюш 1:10000 по СССР	Коклюш 1:10000 по Смол. губ.	Дифтерия 1:10000 по СССР	Дифтерия 1:10000 по Смол. губ.
1900	25,2	11,1	15,7	6,4
1901	— 22,8	+ 22,4	+ 16,3	+ 7
1902	+ 31,9	+ 26	— 12,5	— 6,7
1903	— 28,0	— 18,7	+ 15,4	+ 8,0
1904	— 21,8	+ 20,1	— 15,0	— 6,3
1905	+ 25,5	+ 25,9	+ 17,1	+ 6,7
1906	+ 31,1	— 23.8	+ 22,7	+ 10,3
1907	— 24,0	— 14,0	— 21,5	— 7
1908	+ 28,5	+ 26,3	— 20.3	+ 7,5
1909	+ 34,2	+ 28,3	+ 29,6	+ 8,6
1910	— 33,3	— 84,8	+ 43,1	+ 17,5
1911	— 26,5	— 24,4	— 34,7	— 15,0
1912	+ 34,8	+ 25,8	— 26,3	— 7,5
1913	— 33,3	— 15,7	+ 33,3	7,5
1914	— 31,9	+ 24,7	— 27,9	+ 8,9
1915	— 26,0	— 22,9	— 22.0	— 5,2
1916	— 18,0	— 17,8	— 14,0	+ 10,0
1917	—	4,2	—	— 7,5
1918	—	15,3	—	+ 44
1919	— 16,0	— 14,9	— 6,0	— 6,9
1920	+ 17,0	— 23,5	— 6,0	— 11,0
1921	— 16,0	+ 26,1	— 5,5	+ 10,0
1922	— 11,0	— 7,8	— 4,1	— 6,9
1923	+ 18,0	6,7	3,9	6,9
1924	13,8		5,0	

Из этой таблицы можно видеть, что в значительном большинстве случаев имеется совпадение повышения или понижения уровня коклюша и дифтерии в СССР и в Смоленской губ., это особенно относится к дифтерии, давшей за 21 год 15 совпадений повышений и снижений (повышения отмечены плюсом, понижения—минусом).

Что касается кори, как бы ни расценивать цифровой материал с точки зрения его соответствия действительности, эти цифры также дают указания на то, что и корь имеет периодический характер и что ее вспышки в общем сопровождают вспышки скарлатины, как в Смоленской губернии за упомянутый период, так и по всему Союзу.

Таким образом, из всего сказанного вытекает следующее: чем крупнее территория, тем более ход и развитие эпидзаболеваний соответствуют движению их в целой стране; мелкие же территориальные единицы в годовом масштабе не всегда дают такие совпадения ни между соседними единицами, ни между ними и крупными, и лишь суммирование эпидемических заболеваний, сведенных в более значительные территории, напр., в губ. масштабе, за довольно значительную единицу времени, напр., год, выявляет уже более или менее заметную закономерность.

Далее, присматриваясь к кривым коклюша и скарлатины, мы в большинстве случаев видим, что под'ем коклюша предшествует под'ему скарлатины на $1^1/_2$—1 год, тогда как под'ем кори и дифтерии гораздо чаще совпадает с под'емами скарлатины.

С эпидемиологической точки зрения, если судить по ходу кривых коклюша и скарлатины, напрашивается невольно вопрос: нет ли взаимной связи между обоими этими инфекциями. Эту связь проще всего можно мыслить в том отношении, что коклюш, поражая слизистую оболочку уже в первой стадии острым катарром слизистой оболочки верхних дыхательных путей, простирающимся от носоглоточного пространства до гортани (Reyer), а в осложненных случаях и катарральным воспалением средних и мелких бронхов, (капиллярный бронхит), иногда расширением мелких бронхов, плевритическим эксудатом, лобулярной пневмонией и осложнениями со стороны сердца, мозга, вплоть до мозговых кровоизлияний и т. д.—разбивает совершенно ребенка, ослабляя не только местную сопротивляемость слизистой оболочки дыхательных путей, но и общую—и создает подготовительные скарлатинозные, коревые и дифтерийные кадры.

Проследить в этом отношении взаимоотношение во времени этих 2-х летучих инфекций на пространстве каждой большой территориальной единицы, суммируя потом их в целой стране, составляет очень важную задачу.

Это необходимо потому, что коклюшу до сих пор само население, особенно сельское, придает меньшее значение, чем дифтерии и скарлатине, обращающих внимание своими более тяжкими симптомами.

То что коклюш в конце концов изнуряет ребенка, выявляет наклонность к туберкулезу, обостряет последний,—обычно ускользает от внимания населения.

Ослабленный организм ребенка подвергается опасности новых инфекций.

Особенно важно, что наиболее поражаемые скарлатиной и коклюшем, возрасты, в общем совпадают. По Hebner'у, коклюш поражает детей особенно в первые годы жизни от 1 до 5 лет после чего заболеваемость по возрастам быстро убывает, наиболее

подверженный возраст по Salge к заболеванию скарлатиной падает на 3-6 лет. Главная локализация—носоглоточное пространство.

О влиянии коклюша на скарлатину имеется сравнительно мало данных. Более известно чрезвычайно тяжелое взаимное влияние кори на коклюш и обратно. Однако трудно представить, чтобы коклюш не имел такого же взаимодействия и со скарлатиной. И какой бы возбудитель последней в конце концов ни был—особый вид стрептококка или фильтрующийся вирус и т. д.—оба они должны найти благоприятную почву для своего развития в организме, подготовленном и в смысле прямой локализации и в смысле общего ослабления.

Из всего изложенного вытекают следующие положения:

1) помимо изучения общих эпидемиологических факторов для всех инфекций, необходимо изучать последовательность заболеваний дезинфекциями во времени у одних и тех-же детей, в смысле влияния инфекций друг на друга;

2) в частности, необходимо изучать соотношение во времени между эпидемиями коклюша и скарлатины для выяснения, не служат ли коклюшные эпидемии предрасполагающим моментом, влияющим на появление эпидемии скарлатины;

3) в этих целях необходимо организовать длительное наблюдение над всеми кадрами детей, заболевающих коклюшем в школах, детдомах и проч. в смысле ожидания возможности заболевания их скарлатиной;

4) установление взгляда на коклюш, как на заболевание столь же серьозное, как скарлатина и дифтерия и требующее энергичного лечения после окончания болезни в смысле скорейшей ликвидации травм местных и общих, нанесенных болезнью организму;

5) сопоставление проц. положительных реакций по Дику у переболевших коклюшем, (да и корью) и у неболевших;

6) специальная санпросвет пропаганда, направленная на раз'яснение сущности заболевания коклюшем, его опасности, последовательном влиянии и на организм, необходимости обращения к врачу и по окончании болезни;

7) особенно тщательный надзор и уход за детьми, перенесшими коклюш во время появления эпидемии кори, скарлатины и т. д., более заботливое оберегание от вредного влияния предрасполагающих метеорологических факторов и т. д.;

6) необходимо повсеместно приступить к изучению статистическим методом истории движения инфекций, особенно детских, в каждой территориальной единице (уезд, губ., область) за срок не менее 30 лет, для выяснения периодичности их обострений и для возможности определять, хотя бы приблизительно, время их вспышек.

Литература:

1. Труды 14-го с'езда санитарных врачей Смоленской г.
2. Санитарные хроники Смоленской Губернской Земской Управы.
3. Сборник монографии по дифтерии „Блюменталь и М. Гран".
4. Эпидемиология скарлатины Левитского.
5. „Материалы по заболеваемости инфекционными болезнями в СССР". И. Добрейцера.
(Гигиена и эпидемиология 1925 г. № 5—6).

Организационные вопросы санитарного дела на X-ом Всесоюзном с'езде бактериологов, эпидемиологов и санитарных врачей.

С. Р. Дихтяр.

Эти вопросы имели своеобразную судьбу. Несмотря на старания представителей санитарной организации РСФСР представить дело таким, будто бы оно не вызывает никаких сомнений—эти сомнения довольно резко выявились в прениях на вечернем пленарном заседании 8-IX по докладам профессора Сысина и д-ра Ведерникова. Спор разгорелся вокруг основного и принципиального вопроса о роли санитарной организации в области борьбы с болезнями. Как известно, санитарная организация РСФСР считает, что санврачи являются руководителями и организаторами борьбы с болезнями, по нашему мнению—это дело лечебной организации, являющейся наследницей и продолжательницей земской „санитарной" организации, главное внимание которой было занято благоустройством участковой сети. Подробное изложение и обоснование нашего взгляда приводится в наших статьях „К вопросу о современных задачах сан. организации" (первая статья печатается в этом номере). Поэтому здесь наша задача сводится к некоторым замечаниям по поводу тезисов проф. Сысина и некоторых наиболее характерных выступлений на с'езде. Эти замечания помогут разобраться в истинной природе самой подосновы, в идеологии современной санитарной организации РСФСР.

В последнем пункте 1 тезиса проф. Сысина („Организационные вопросы санитарного дела в РСФСР") написано: „Об'единение на местах в санитарных органах *всех областей санитарно-профилактической работы с точным отграничением* этой последней от функций административных и *заведывания* лечебной помощью". Этот тезис целиком проведен в резолюции.

Тот, кто относится к резолюциям с'езда, как к руководящим принципам *в практической* деятельности и кто умеет критически оценивать каждую фразу, как выражение определенной тенденции, не может не задуматься, и серьезно задуматься над опасностями, которыми чревата эта редакция.

В самом деле, что означает „точное отграничение" сан.-проф. работы от функций обще-административных и заведывания лечебной помощью. Всякий не предубежденный человек вместе с нами должен понять это вот так: во-первых, санитарная организация стремится стать *вне* и *над* всем делом здравоохранения и во-вторых, санитарная организация сводит всю деятельность лечебной организации к заведыванию лечебной помощью.

Взгляд на санитарную организацию, как на об'единение „лучших" людей,—„санпрофилактиков"—был понятен до 1917 года, но прямо наивен сейчас. Ведь прямо достойно удивления как профессор Сысин пытался доказать отсутствие кризиса санитарной организации, когда

этот кризис прямо выпирает из всех щелей, когда об этом кризисе кричат со страниц журналов и кричал весь X с‘езд своей довольно бурной реакцией на наше выступление.

Мы прямо недоумеваем, почему санврач современной формации, одним глазом всегда смотрящий с завистью на лечебника—„лучший“ профилактик, чем лечебник, действительно проникнутый современными идеями профилактической медицины—лечебник нередко вышедший из санитарной организации. Мы далее недоумеваем, каким образом руководители санитарной организации просмотрели основной факт: при земстве санитарная организация комплектовалась врачами „из лечебников“ (участковые врачи) теперь—лечебная организация нередко черпает работников из побывавших в санитарных врачах и очень редко „лечебник“ переходит в санитарную организацию. И это понятно, если даже не закономерно, ибо в земстве „общественность“ могла проявляться только в рамках санитарной организации, а теперь нельзя не быть общественником на любом месте: раньше общественность создавалась людьми, а теперь общественность сама создает людей... Таким образом, современная санитарная организация не может претендовать на положение *над* всем делом здравоохранения, она не может быть и вне дела здравоохранения, а следовательно, вне общих организационных форм существования вне тесного сотрудничества и даже зависимости (да, зависимости!) от местных органов власти.

Современная лечебная организация, конечно, не может мириться с положением заведывающ. лечебной помощью—она фактически не заведывает, а руководит и создает новую организацию медицинского обслуживания, основанную на широких лечебно-предупредительных мероприятиях. Поэтому и в президиуме секции, подготовлявшей резолюцию, и на пленуме мы предлагали следующую редакцию разобранного нами тезиса: „Об‘единение на местах в санитарных органах всех областей санитарно-профилактической работы с возможным разграничением между последней и обще-административными функциями и лечебно-профилактической деятельностью“. Смысл этого изменения: по тезисам профессора Сысина санитарная организация занимает командные высоты, все остальные части здравоохранения занимаются технической работой. По нашему мнению и санитарная, и лечебная и другие организации по здравоохранению должны, так сказать, занимать один этаж, но необходимо провести *строгое разграничение труда*.

Довольно характерно для отношения РСФСР‘овских организаций к поднятому нами вопросу возражение на заседании президиума санитарной секции со стороны д-ра Брагина. По его мнению термин „лечебно-профилактический“ не общепринят, поэтому, мол, нельзя разграничивать с лечебно-профилактической деятельностью. Однако в другом месте той же резолюции тот-же д-р Брагин настаивает на создании из сумм рабочей медицины (фонд „Г“) лечебно-профилактического фонда, правда, замененного на „лечебный и профилактический“ фонд после нашего указания на некоторые противоречия в „терминологии“. Этот сам по себе несущественный эпизод характеризует прямо чиновничье отношение к вопросу глубокой принципиальной важности—вопросу, который должен занять внимание всей медико-санитарной организации в ближайшем будущем.

Второй пункт наших разногласий в редакции проф. Сысина гласит: „санитарная организация должна направить ныне свою работу, помимо коммунальной санитарии и борьбы с эпидемиями, *на дальнейшую организацию борьбы* с социальными и профессиональными болезнями, а также и с другими массовыми заболеваниями (глистные болезни,

трахома, кожно-паразитические и пр.), *широко используя методы диспансеризации*". И в этом пункте сказывается основная тенденция санорганизации РСФСР к овладению жизненными узлами здравоохранения—тенденция ничем неоправдываемая и ни на чем не основанная. В самом деле, уверять, что борьбу с заболеваниями *могут* организовать санитарные органы „самостоятельно"—значит вводить в заблуждение общественное мнение. Стоит только представить себе борьбу с социальными болезнями вне и без лечебных учреждений, чтобы понять всю несостоятельность выше приведенного тезиса. Поэтому мы и предложили редактировать тезис следующим образом: „санитарные органы должны направить ныне свою работу, помимо коммунальной санитарии, которая должна занимать центральное место в деятельности санорганизации, и борьбы с эпидемиями, на дальнейшее *участие* в организации борьбы с социальными и профессиональными болезнями, а также и другими массовыми заболеваниями, широко используя диспансеризацию лечебного дела и содействуя таковой". Наша редакция с'ездом была отвергнута. Мы полагаем, что санитарная организация РСФСР, горячо отстаивая свою точку зрения, доказывает, во-первых, что она не подготовлена к той истинно-санитарной работе, которая назрела, которая вызывается всем строем и смыслом советской современности, и во-вторых, что повидимому, она фактически идейно руководит лечебной организацией, являясь, таким образом, „2-м изданием" земской медицины.

Мы об этом говорим не в укор, вовсе не сомневаясь в большой работе санорганизации, а для того, чтобы просто выявить следующее обстоятельство: либо нужно лечебной организации предоставить все организационные возможности проведения лечебно-профилактической работы, либо необходимо заботы о лечебной помощи передать санитарной организации, ибо дело не в названии отдела НКЗдрава, а в существе работы, а существо это требует, как мы это неоднократно подчеркивали, правильного разделения труда.

С этой точки зрения, если бы действительно организация лечебной помощи и формально перешла в ведение санорганизации, то внутри ее все же необходимо было бы это разделение труда провести. И разве при нынешней структуре санорганизации РСФСР в области борьбы с туберкулезом не приходится считаться с необходимостью такого разделения труда—разве диспансерная организация РСФСР не „лечебная" по преимуществу и по содержанию работы. Иначе быть не может—такова самая природа здравоохранения и весь вопрос в нахождении правильного принципа разделения труда. Этот принцип нами изложен в статье и был высказан на с'езде. Мы не слыхали на с'езде ни одного возражения по существу, больше того, сам профессор Сысин в своем докладе определенно указал, что борьба с болезнями есть задача лечебной организации.

В чем же дело, почему все-таки с'езд санитарных врачей так остро реагировал на тезисы белорусской организации? Ясный ответ на это дали выступавшие в прениях товарищи из РСФСР и других союзных республик, и ответ этот заключается в том, что санорганизация не видит другого смысла своего существования, кроме как в деятельности по борьбе с заболеваниями и в организации здравоохранения. Доказывать здесь, почему такая точка зрения *сейчас* совершенно неправильна, значило бы повторить нашу статью, но эта точка зрения служит лишним доказательством нашего утверждения об отсутствии соответствующего кадра нужных *сейчас* санитарных врачей. Профессор Сысин указывал на рост числа санитарных врачей, но не доказал их качества, которое является решающим фактором в санитарном деле.

Больше всего нас удивило выступление московской организации в лице тов. Гуревича (Мосздрав). Мы то предполагали, что путь диспансеризации, установленный и теоретически обоснованный в Москве, должен стать общепризнанным направлением всего советского здравоохранения. Кто изучил и знает московскую диспансеризацию, в нашей постановке вопроса найдет, конечно, без труда влияние именно московских идей, т. к. единая цельная система здравоохранения с разграничением функций внутри этой системы является основой и нашего взгляда и всех предлагаемых нами организационных выводов. Однако, если верить тов. Гуревичу, Мосздрав считает, что проповедуемые им принципы правильны только в отношении московской организации и что прочие организации должны раньше проделать весь исторический путь Москвы прежде, чем заслужить права исповедывать ее веру. Тов. Гуревич назвал это „диалектикой"... Мы надеемся, что последует раз'яснение, что тов. Гуревич не является выразителем мнения Мосздрава. Сейчас мы должны лишь сказать, что по существу т. Гуревич, конечно, не прав. Задача заключается не в том, чтобы всюду и везде осуществлять принципы московской организации *в ее же размерах*, но при строительстве медико-санитарного дела было бы смешно подражать Московской организации 1900, 1907 или 1912 г., а не современной. Разумеется мы во многих отношениях (не только в количественном) не „доросли" до Москвы, но мы позволили себе утверждать, что организационные формы строительства здравоохранения, практикующиеся Мосздравом, в основном единственно правильны. Из всех возражений для нас более всего были понятны заключительные слова того же тов. Гуревича, обращенные к с'езду: „Вцепитесь, мол, зубами в социальные болезни и не занимайтесь самоубийством, отдавая их лечебной организации". В этом призыве—целая идеология. Неверие в советское здравоохранение (так именно я расшифровываю, ибо санитарная организация, по крайней мере официально, не является синонимом советской медицины), неверие в свои собственные силы (если лишение руководства борьбой с социальными болезнями—самоубийство, то, повидимому, помимо этого санорганизация не имеет других жизненных центров), страх перед завтрашним днем—вот эта идеология. И если бы других доказательств не было, а было бы одно это выступление, то о кризисе санорганизации можно было бы судить с полным основанием. В интересах здравоохранения необходимо найти выход из этого кризиса, и выход этот по нашему разумению, заключается не в механическом и насильственном об'единении в санорганизации совершенно разных по природе и по методу работы отраслей, а в установлении точной и твердой задачи—заняться оздоровлением среды советской страны.

В самом деле, если вдумчиво отнестись ко всему X Всесоюзному с'езду, то надо прямо сказать, что между работой бактериологов, занятых иммунитетом, профессионалистами, занятыми массовым обследованием рабочих, и санитарными врачами, занятыми санитарно-техническим благоустройством, не было никакой органической взаимной связи и взаимозависимости. Разве специальные доклады об экспериментах с ВСД или о лечебной сыворотке представляют санитарный интерес, а не обще-медицинский, которые с таким же, если не с большим успехом можно было поставить и на хирургическом, и на терапевтическом и на любом другом с'езде.

Разве в работе проф. секции (независимо от принятой резолюции) не чувствовалось „натаскивание" „санитарного" протектората.

Это отсутствие органической связи между отдельными частями с'езда получило выражение в постановлениях о необходимости само-

стоятельных с'ездов и совещаний по профессиональной гигиене, по бактериологии.

Это—беглые замечания на темы, которые должны быть подробно разработаны своим чередом, но уже сейчас нет сомнения, что X с'езд не имел „санитарного“ лица именно потому, что санитарно-технические вопросы как то были отодвинуты, как и во всей деятельности санитарной организации. „Санитарное лицо“ должно быть обретено во что бы то ни стало. Это нужно и в интересах здоровья трудящихся, и в интересах единства медицины. Строятся предприятия, строятся жилища: строительные организации требуют и ищут санитарной консультации и не находят ее, либо считают лишним и искать. Если санитарная организация не сможет *овладеть* строительством, то строительные организации овладеют санитарией—такова непреодолимая настоящая диалектика... И тоже соответственным образом касается всех отраслей советского хозяйства. Казалось бы, что санитарная организация должна сделать практический вывод о необходимости срочно принять меры именно к „санитарному овладению“ этим хозяйством, к наступлению на этом фронте (как это сделать—особая тема, не входящая в задачи настоящей статьи), а не мобилизовать силы для защиты от „нападения“ лечебной организации... Конечно, вопрос в конечном счете „стратегический и тактический“, но от стратегических и тактических мудрствований санитарное состояние вновь строющихся и старых жилищ, фабрик, заводов, дорог, водопроводов, канализаций—не выиграет. Кто в том или ином городе или уезде является строителем здравоохранения и проводником советской (профилакт.) медицины—„лечебник“ или числящийся в санитарных врачах—это зависит в конце концов от случая и совершенно не важно, но в чьи руки попадет санитарно-техническое руководство строительством элементов нашей социально-хозяйственной жизни—от этого зависит все будущее нашей социально-гигиенической физиономии. И только поэтому мы придаем крупнейшее значение правильному разрешению организационных вопросов, ибо от правильной *организации* санитарного дела зависит сейчас правильная работа *санитарной организации*.

Мы пытались все эти вопросы поставить на широкое обсуждение с'езда. Однако, нам не представилось возможности выступить с докладом, вокруг которого, без сомнения, выяснилось бы истинное отношение с'езда к существу вопросов. В результате созданное вокруг поднятого нами вопроса общественное мнение было направлено по ложному направлению. Говорили об отсталости Белоруссии и доказывалось это сравнением с Казакстаном, забыв, что таким-же образом можно доказать отсталость РСФСР, сравнивая ее с другими окраинами, где структура санорганизации такая же, как и в РСФСР. Говорили об „озорстве“ молодой Белоруссии, осмелившейся (horribile dictu) не слушаться старших и проч. Этим, конечно, была затемнена принципиальнейшая сторона вопроса, так и оставшаяся не освещенной, вернее данное нами освещение не было никем оспорено.

Мы были далеко не одиноки и на с'езде, а по мере развития здравоохранения, по мере развития всего советского строительства данная нами оценка современных задач санитарной организации и предлагаемые нами выводы, кажется, нам будут все больше оправдываться.

Заболеваемость застрахованных по Белоруссии.

Д-р. М. А. Хазанов.

(По данным Главн. Упр. Соц. Страх. Белоруссии).

В Белоруссии, где рабочий класс, распыленный по мелким предприятиям, был обойден даже царским законом 1912 г. о больничных кассах, до сих пор материалов по заболеваемости застрахованных не имелось. Только с момента укрупнения Белоруссии и фактической организации Главсоцстраха и упорядочения социального страхования стало возможным приступить к разработке материалов по заболеваемости. Да и то мы должны оговориться, что наш данный первый опыт далеко не свободен от ряда ошибок, неизбежных из-за недостаточно налаженного технического аппарата и неусвоения или, особенно лечврачами (дающими фактически весь статистический материал, путем заполнения больничных листков) основных принципов страховой медицинской статистики.

Всего активно застрахованных в Белоруссии состояло на 1 октября 1924 г.—80.248; это количество возросло в течение года до 102,696 к 1 октября 1925 г. По отношению к общему количеству населения Белоруссии, количество застрахованных составляет 2,5 проц., а вместе с иждивенцами застрахованных, составляющими 169,949, они представляют в своей общей массе 272.645 или 6,6 проц. к общему количеству населения. По отношению же к городскому и местечковому населению Белоруссии, составляющему всего 631.000 жителей, застрахованные, являющиеся большей частью, за малым исключением, жителями городских поселений Белоруссии, в среднем, представляют 43,1 проц. В отдельных же округах, как, например, в Минском, количество активно и пассивно застрахованных составляет 61,4 проц., а в Борисовском активно и пассивно застрахованные составляют 73,7 проц. всего городского населения.

Все активно застрахованные Белоруссии заняты в 9990 предприятиях и учреждениях, которые распределяются по округам следующим образом, по состоянию на 1 октября 1925 года: *Таблица № 1.*

ОКРУГА.	Колич. предпр. и учр.	Количество застрахованных.			
		Мужчин.	Женщин.	Об. пола.	Из них подростков.
Минский	2704	21519	7304	28823	315
Витебский	1371	11703	4885	16588	476
Борисовский	948	6408	2078	8486	288
Бобруйский	935	9900	2332	12232	282
Могилевский	1048	7538	2153	9691	87
Мозырский	619	4544	819	5363	110
Оршанский	796	5158	1508	6666	256
Слуцкий	513	3501	783	4284	123
Полоцкий	647	4513	1334	5847	272
Калининский	409	3624	1092	4716	66
ВСЕГО	9990	78398	24298	102696	2275

Наибольшее количество предприятий и застрахованных приходится на округа: Минский, Витебский, Бобруйский, Могилевский и Борисовский.

Из общего количества предприятий и учреждений 5843, с числом застрахованных в 70851 человек, имеются в окружных центрах и 4147 предприятий и учреждений с 31555 застрахованных в районных центрах и сельском хозяйстве.

Из всех 9990 предприятий, как видно из следующей таблицы, цензовых промышленных предприятий по округам имеется 178:

Таблица № 2.

КОЛИЧЕСТВО ЗАНЯТЫХ РАБОЧИХ.	Минский.	Витебский.	Могилевский.	Бобруйский.	Борисовский.	Оршанский.	Полоцкий.	Мозырский.	Слуцкий.	Калининский.	Всего по Белоруссии.
От 10 до 20 чел.	3	—	4	—	—	1	—	2	3	2	15
„ 20 „ 40 „	10	8	4	1	5	1	3	—	—	1	33
„ 40 „ 75 „	14	9	7	9	2	3	—	2	—	1	47
„ 75 „ 100 „	10	3	1	2	4	1	—	—	—	—	21
„ 100 „ 250 „	18	10	2	4	1	1	—	4	—	—	40
„ 250 „ 500 „	4	3	1	2	1	2	—	—	—	—	13
„ 500 „ 700 „	—	3	1	—	1	—	1	—	—	—	6
свыше 1000 „	—	2	—	—	1	—	—	—	—	—	3
ИТОГО	59	38	20	18	15	9	4	8	3	4	178

а из них всего 62 предприятия, насчитывающие свыше 100 рабочих, вся же остальная масса занята в мелких кустарных производствах. Наиболее промышленными округами являются Витебский, Борисовский, Минский, Бобруйский, Могилевский и отчасти Оршанский и Полоцкий округа. (см. табл. № 3)

Наибольшее количество застрахованных приходится среди обрабатывающих групп: по обработке животных продуктов (щетинное и кожевенное производство) 5252 застрахов., пищевкусовой промышленности 5014, деревообрабатывающей 5041, стекольной 3261, спичечной 1216, металлург. 2834, по обработке волокнистых веществ 2473 и на производство бумаги 1892 (все эти цифры приведены по состоянию на 1/X—1925 г.).

Вся масса активно застрахованных Белоруссии пользовалась отпусками по болезни в течение 1/X 1924 по 1/X—1925 г. всего 101.382 раза, из коих первичных случаев было 75.306. Общее количество дней болезни составляет, не считая беременности и карантина, 656.745. На один случай болезни приходится 8,7 дня. На 100 застрахованных приходится 775 дней болезни в год в среднем.

По отдельным месяцам заболеваемость показывала следующие колебания:

Таблица № 4.

МЕСЯЦЫ	Количество застрахов.	Количество перв. случаев	Количество дней болезни	Число случаев на 100 застрах.	Продолжительн. одного случ.	Число дней на 100 застрахован.
Октябрь 1924 г. . .	80248	4056	38614	5,0	9,5	47.2
Ноябрь „ „ . .	80735	4359	33282	5.3	7,7	41,5
Декабрь „ „ . .	83808	5391	42623	6.6	7,9	51,3
Январь 1925 г. . .	85553	5673	45289	6.7	8,0	53.1
Февраль „ „ . .	87045	5430	48748	6,2	9.0	56,0
Март „ „ . .	91119	4854	49814	5,3	10,4	54.7
Апрель „ „ . .	91403	6318	58451	6,9	9.2	63,7
Май „ „ . .	92988	6604	57977	7,1	8,9	63,0
Июнь „ „ . .	94642	7381	68331	7.8	9,3	72,3
Июль „ „ . .	97281	7958	72616	8,3	9,1	74.2
Август „ „ . .	99633	8354	70669	8.4	8,2	70,6.
Сентябрь. „ . .	102596	8728	69340	8,6	8,0	67,6
Средн. в м-ц.	90604	6260	48062	6.8	8,7	64,5

В то время как количество застрахованных возросло всего в течение года на 21 проц., количество первичных случаев к концу года более чем удвоилось, а количество дней болезни увеличилось на 181 проц. Число случаев болезни повысилось с 5,0 на 100 застрахованных в месяц в октябре 1924 г. до 8,6 в сентябре 1925 г., а число дней болезни с 47,2 в месяц в октябре 1924 г. на 100 застрахованных дошло до 67,5 в месяц в сентябре 1925 г. или до 775,2 в год.

Распределение застрахованных по округ

Группы производства.	Минск			Витебск			Борисов			Бобруйс		
	м.	ж.	о. п.	м.	ж.	о. п.	м.	ж.	о. п.	м.	ж.	о.
Сельское хозяйство	1918	196	2114	538	96	634	871	21	892	1209	42	1
Добыв. промышленность	21	—	21	8	—	8	—	—	—	—	—	
Обработка металла	645	32	677	845	189	1034	76	—	76	184	1	
Обработка дерева	336	49	385	493	28	521	873	140	1013	1299	170	1
Обработка волокнистых веществ	121	110	231	621	1267	1888	—	—	—	—	—	—
Изготовление одежды и тканей	482	280	762	402	201	603	59	47	106	167	119	2
Производство бумаги	169	87	256	316	55	371	182	145	327	110	39	1
Обраб. минер. вещ. (стек., кирп., изразц. промышл.)	576	193	769	261	116	377	373	96	469	503	153	65
Обраб. пищевкусовых продуктов	1244	286	1530	634	179	813	252	13	265	635	129	76
Обраб. животн. продуктов (щетин. пром., кожев. и обувн. производство)	1385	119	1504	1318	115	1433	232	—	232	476	3	47
Химическое производство (спичечн. красильное, произв.)	61	26	87	36	26	62	394	544	938	72	7	79
Электро-энергия	415	10	425	43	—	43	35	—	35	61	—	61
Графич. производство	604	217	821	236	53	289	49	16	65	67	6	73
Строит. дело	2575	45	2620	1180	12	1192	647	3	650	1497	24	1521
Передвижение и сношение	957	135	1092	476	128	604	237	21	258	725	77	802
Снабжение (кооперат. и банки)	1326	318	1644	940	139	1079	428	52	480	710	119	829
Домашн. и общ. хозяйство	2532	2582	5114	1516	1075	2591	638	481	1119	835	693	1528
Непроизв. отрасли труда (служ. просвещ. здравоохр., админ. и торг.)	6152	2619	8771	1840	1206	3046	1066	499	1565	1350	750	2100
Всего	21519	7304	28823	11703	4885	16588	6402	2078	8480	9900	2332	12232

по роду производства на 1/X 1925 года. *Таблица № 3*

[М]ОГИЛЕВ			ОРША			ПОЛОЦК			МОЗЫРЬ			КАЛИНИНСК			СЛУЦК		
[м.]	ж.	о. п.	м.	ж.	о. п.	м.	ж.	о. п.	м.	ж.	о. п.	м.	ж.	о. п.	м.	ж.	о. п.
4	41	265	589	31	620	673	18	691	984	25	1009	406	19	425	33	9	42
	—	—	5	—	5	—	—	—	—	—	—	3	—	3	—	—	—
0	1	191	377	17	394	80	1	81	56	1	57	49	—	49	90	—	90
8	13	151	238	17	255	103	3	106	808	138	946	119	8	127	75	4	79
8	—	18	172	161	333	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1
3	59	212	78	39	117	68	68	136	70	44	114	60	69	129	74	51	125
2	199	751	—	—	—	8	17	25	1	12	13	—	—	—	—	—	—
3	39	232	190	40	230	426	94	520	1	—	1	—	—	—	7	—	7
8	75	513	398	12	410	152	9	161	106	16	122	190	4	194	244	8	252
5	9	504	183	3	186	142	—	142	307	2	309	254	1	255	207	1	208
22	—	22	12	—	12	—	—	—	1	—	1	4	—	4	11	—	11
56	—	56	12	—	12	24	3	27	7	—	7	—	—	—	13	—	13
1	13	124	46	5	51	40	5	45	20	5	25	25	7	32	11	1	12
80	5	785	291	22	313	455	6	461	410	—	410	283	—	283	283	—	283
09	46	455	201	41	242	214	22	236	137	—	137	141	21	162	194	8	202
32	121	753	627	97	724	368	51	419	384	34	418	431	53	484	561	66	627
13	729	1842	574	422	996	547	538	1085	380	251	631	366	341	707	665	353	1018
19	803	2822	1165	612	1777	1057	491	1548	867	291	1158	1293	568	1861	1032	282	1314
43	2153	9696	5158	1519	6677	4358	1326	5684	4539	819	5358	3624	1091	4715	3501	783	4284

При сравнении заболеваемости по Белоруссии с такими же данными по другим кассам:

Таблица № 5.

СТРАХОВЫЕ КАССЫ	За какой год	Чис. случаев на 100 застрахован.	Число дней бол. на 100 застрах.: При общих заболеван.	При профессиональных увечьях	Всего дней болезни (кроме родов)
Германские кассы [1]	1913	42,1	—	—	865,6
Шведские „	1921	25,5	—	—	705,9
Россия [2]	1915	50,9	610,6	65,08	675,8
Москов. область	1917	49,4	—	—	735,6
Москва	1923	82,3	—	—	1240
Ленинградск. [3]	1924	72,0	984	60	1044
По отд. уездным кассам Ленинград губернии	1924	—	—	—	717,6
Иркутская губ. [4]	1924-25	71,69	752,2	94,2	846,4
Белорусская	1925	81,6	—	—	775,2

мы видим, что средние цифры по Белоруссии ниже московских и ленинградских и даже иркутских, но выше шведских и также превосходит заболеваемость по уездным ленинградским кассам.

В последующие же месяцы тек. года наблюдается дальнейший рост заболеваемости.

Таблица № 6.

МЕСЯЦЫ	Количество случаев в месяц на 100 застрах.: По общ. заболеваемости	По профессиональн. увечьям	Всего случ.	Колич. дней на 100 застрахованных: По общ. заболеваниям	По профессиональн. увечьям	Всего дней
Октябрь 1925 г.	8,0	0,7	8,7	62,1	4,8	66,6
Ноябрь „ „	9,5	0,7	10,2	66,0	4,6	70,3
Декабрь „ „	9,7	0,7	10,4	74,6	4,8	79,5
Январь 1926 г.	9,0	0,8	9,8	69,3	4,7	74,0
Февраль „ „	8,3	0,6	8,9	68,3	4,8	73,1
Март „ „	10,4	0,7	11,3	81,3	6,0	90,3
За полугодие в среднем в м-ц.	9,2	0,7	9,9	71,0	4,9	75,8

Обращаясь к распределению по отдельным формам болезней мы видим следующую картину заболеваемости застрахованных за период октябрь 1924 г. по сентябрь 1925 г. включительно. (См. таб. № 7). Среднее число застрахованных во всех отраслях труда Белоруссии составляло в течение года 69374 мужч. и 21230 женщин, а всего 90604, заболеваемость которых распределяется следующим образом:

[1] и [2] Ф. А. Маркузон. Статистика соц. страх.
[3] Положение труда в Ленинградской губ. 1925 г.
[4] Соц. страх. в Иркутской губ. в 1924-1925 г.

Наибольшее количество заболеваний приходится на желудочно-кишечные, травмы и мелкие хирургические болезни, грипп, нервные болезни, туберкулез, болезни половых органов и малокровие.

Таблица № 8.

БОЛЕЗНИ	На 1000 застрахован. в месяц		Проц. к общему итогу болезней	
	Случаев	Дней	Случаев	Дней
Болезни пищеварит. органов	12,0	79,8	17,8	12,2
Грипп	8,3	39,8	12,2	6,0
Травмы, флегмоны и абсцессы	16,1	131,6	25,2	20,0
Туберкулез	4,5	110,0	6,65	17,0
Нервные болезни	3,1	41,2	4,5	6,3
Бол. полов. орган. (по отн. к активно застр. женщ.)	6,5	58,2	8,0	9,9
Малокровие	1,8	30,4	2,7	4,5
Бол. дыхат. путей	4,9	45,3	7,2	6,9
Бол. кост. и суст.	4,1	25,0	5,4	4,0

Высокий процент туберкулеза вполне понятен, если учесть те тяжелые условия, в которых живет и работает белорусский пролетариат: антисанитарные условия его жилья, ужасающая скученность, плохая оборудованность производства и мелкой ремесленной промышленности; а полуголодное существование и безграничная эксплоатация хозяев при царском режиме, вековые насилия разных оккупантов Белоруссии и бесправное положение национальных меньшинств Белорусской окраины, создали ту конституциональную базу, на которой развилось то громадное количество туберкулезных, которыми изобилует наш край.

Белорусское население, а особенно рабочий класс Белоруссии, переживавший за последние 10 лет все ужасы империалистической войны, оккупаций немецких и белопольских насильников, бандитских налетов, происходивших на территории Белоруссии, сохранил тяжелое воспоминание об этих событиях в виде расшатанной, потрясенной нервной системы. Как видно из нашей таблицы количество нервных болезней среди случаев нетрудоспособности застрахованных довольно высоко—4,5% всех случаев и 6,3% всех дней; цифры, превосходящие Ленинград[1]) в 1924 г. (4,1%), Москву в 1923 г.[2]) (34,2 случ. в год на 1000 застрахованных) и др. Замечательно еще то обстоятельство, на которое уже обратил внимание проф. М. Б. Кроль[3]), что количество органических нервных болезней среди местного населения довольно велико, что и нашими данными подтверждается.

[1]) С. Рысс. О заболеваемости застрахованных Ленинграда. Врач. газ. 1925 г. № 12.
[2]) Ф. Маркузон. Стат. соц. страх. Вып. I.
[3]) Проф. М. Б. Кроль. Нервн. заболевания в Белоруссии „Бел. Мед. Думка" 1926 г.

Заболеваемость застрахованных Белоруссии

Классы и формы выделенных болезней		АБСОЛЮТНЫЕ ЦИФРЫ			
		Случаев		Дней	
		мужчин	женщин	мужчин	женщи
По всем болезням, кроме родов и беременности		56095	18289	520650	18168
В том числе:	Грипп	6677	2444	30376	1267
	Тифы	212	120	5831	520
	Малярия	519	127	3868	118
	Туберкулез	3661	1231	89889	2947
	Венерические болезни	51	19	881	534
	Прочие инф. болезни	1388	576	18019	8321
	Чесотка и прочие паразитарные болезни	137	145	817	998
	Травмы	9035	1315	71987	10138
	Отравления	40	17	433	110
	Новообразования	68	22	911	809
	Малокровие	1198	839	18919	13829
	Проч. болезни питания и обмена веществ	137	91	2343	900
	Болезни мозга	46	6	1965	147
	Неврозы	1183	559	16608	5724
	Проч. нервные органич. болезни	1141	113	13589	2936
	Душевные болезни	78	11	1836	706
	Болезни кровеносной и лимфат. системы	1583	450	21117	6225
	Ангина	1033	448	4139	2060
	Болезни органов дыхания	3206	808	34046	9533
	Аппендицит	330	191	5704	3441
	Желудочно-кишечные заболевания	5208	1447	26068	5474
	Проч. болезни органов пищеварения	4403	1567	33449	11671
	Выкидыши	—	366	—	3904
	Осложнения при беременности и родах	—	414	—	3404
	Расстройство месячных	—	321	—	1348
	Преждевременные роды	—	3	—	236
	Прочие болезни половых органов	329	575	4313	6323
	Болезни мочевых органов	388	198	7552	3218
	Болезни органов слуха	281	108	2325	1365
	Болезни органов зрения	892	264	7539	3077
	Панариции, чирьи, флегмоны и абсцессы	6590	1805	46846	13592
	Прочие болезни кожи	1139	298	8875	1653
	Болезни костей, суставов и мышц	3331	672	23476	5778
	Прочие болезни	1811	619	15930	1538

Таблица № 7.

в 1924-25 г. по отдельным болезням.

На 1000 застрахованных в месяц приходится						Продолжительность 1 случая		Проц. отношение к общ. числу заболеваний			
Случаев			Дней			Дни		Случаи		Дни	
муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	об. п.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
67,2	71,2	68,4	625,0	713,8	646	9,2	9.9	100	100	100	100
8,0	9,9	8.3	36.4	49,8	39,8	4,5	5,1	11,9	13,5	5,8	6,9
0,25	0,43	—	6.9	20.6	—	27,5	43.3	0,32	0,6	1,2	2,8
0,62	0,5	—	4.6	4,7	—	7,4	9.3	0,9	0,6	0,77	0,6
4,4	4,8	4,5	107,9	116,0	110,0	24,6	23,9	6,65	6,8	17,3	16,45
0,06	0,06	—	1,06	2,1	—	17,4	28,0	0,09	0,01	0,17	0,29
1,7	2,2	—	21,7	33.2	—	12,9	14,4	2,6	3.21	3,2	4,6
0,16	0,58	—	0,98	3,9	—	6,0	6,9	0,24	0,8	0,16	0,55
10,7	5,2	9.2	86,7	40,5	76.0	7.9	7,9	16,25	7,3	13,6	5,7
0,04	0,05	—	0,5	0,4	—	10,8	6,9	0.07	0,09	0,08	0,06
0,07	0,07	—	1,1	3,1	—	13,4	36,8	0,12	0,01	0,19	0,5
1,4	3,2	1,8	22,7	55,3	30,4	15,8	16.6	2,3	5.1	3,7	7,62
0,16	3,6	—	2,7	3.6	—	17,1	9,98	0,26	0,5	0,45	0,52
0,04	—	3,08	2,3	0,58	41,2	42.7	24.5	0,07	0,003	0,37	0.7
1,4	2,2		20.0	22,6		14,0	10,2	2,2	3,11	3,2	3,24
1,3	0,45		16,4	11,7		11,9	26.0	2.2	0,6	2,8	1,8
0,07	—		2 2	2,4		23,5	64,1	0,11	0.006	0.38	0,35
1,80	1,7	1,8	25.4	24,7	25,2	13,3	16.0	2,85	2,16	4,1	3,55
1,2	1,7	—	4,9	7,8	—	4,0	4,6	1,82	2,4	0,8	1,25
3,8	3,2	3,6	40,5	38,1	40,2	10,6	11,8	5.75	4,30	6,6	5,3
0,39	0,79	12,0	6,8	13,7	79,8	17,3	18,0	0,5	0,1	0,1	1,9
6,2	5,7		31.4	21,8		5,0	3,7	9,3	8,0	5,1	3.1
5,3	6,2		40,0	46,6		7,5	7,4	8,2	8,8	6.5	6,5
—	1,4	—	—	15,0	—	—	10,7	—	2,0	—	2,2
—	1,6	2,3	—	13,4	28.2	—	8,4	—	2,2	—	1,85
--	1,27		—	5,3		—	4,2	—	1,8	—	0.75
—	—		—	0.9		—	78,9	—	—	—	0.13
0,8	3,0		14,0	37,8		13,1	11.0	1,21	4,20	2,78	5,82
						19,9	16.2				
0,3	0,4	—	2,7	5,4	—	8,2	12,6	0,5	0,6	0,44	0,76
1,07	1,0	---	8,8	12,2	—	8,4	11,6	1,71	0.51	1,46	1,69
7,9	7,2	7,6	56,5	54,0	55,6	7,1	7,4	11.95	10,0	9,1	8,0
1,3	1,1	—	10,6	6,6	—	7,9	5,9	2,1	1,65	1,7	0,91
4,0	2,6	—	28,0	23	—	7,0	8,6	6,1	3,7	4,6	3,2
2,1	2,4	—	18,9	6,1	—	8,8	2,4	3,4	3,5	3,1	0,86

Следствием тяжелых переживаний, условий жизни, перенесенного голода и эпидемических болезней является и значительный процент временной нетрудоспособности по малокровию.

Грипп, свирепствовавший в 1925 г., дал также обильное количество случаев и дней временной нетрудоспособности. Немалый процент падает также на заболевания дыхательных путей, среди которых видное место занимает ангина.

Женский труд, занимающий уже определенное место в среде белорусского пролетариата (из общего количества застрахованных, женщины составляют 23%) и в некоторых отраслях труда даже доминирующий (обработка волокнистых веществ, спичечная промышленность, швейная и др.) особенно часто и в большей степени страдает от условий производства. Почти во всех отраслях труда женщины-работницы Белоруссии больше, чаще и дольше болеют, нежели мужчины. Особенно тяжелое течение мы видим при туберкулезе, тифе, нервных болезнях у них; как частое заболевание мы наблюдаем у них малокровие 55,3 дней на 1000 (против 22,7 на 1000 у мужчин). Болезни половой сферы дают чрезвычайно высокий процент у женщин и надо полагать, что многие из этих болезней обусловлены в не малой степени условиями женского труда, еще более тяжелыми в нашей промышленности, чем для мужчин. Заслуживает внимание относительно высокое количество случаев выкидышей у наших работниц, дающих 1,4 случаев на 1000 застрахованных женщин и 2% всех случаев болезни у них.

Хотя количество венерических болезней весьма незначительно среди наших случаев, но надо полагать, что добрая часть этих случаев скрывается под дигнозами болезней мочеполовых органов.

Если все эти болезни имеют определенное обоснование и об'яснение, то недостаточно ясно то громадное количество случаев травм и мелких хирургических заболеваний, которое у нас наблюдается и которое превосходит даже индустриальный Ленинград.

	БЕЛОРУССИЯ 1924—25 г.				ЛЕНИНГРАД 1924 г.			
	На 1000 застрах.		% к общ. числу заболев.		На 1000 застрах.		% к общ. числу заболев.	
	Случаи.	Дни.	Случаи.	Дни.	Случаи.	Дни.	Случаи.	Дни.
Травмы	9,2	76	26,2	20,6	7,5	98,8	13,1 (вместе 20,6)	11,4 (вместе 18,9)
Бол. кожи и подкожн. клетчатки	7,2	64,0			5,0	65,0	7,5	7,5

Безусловно, частично они обусловлены недостаточной охраной труда на наших предприятиях, недостаточным санитарным надзором, но напрашивается также мысль и о злоупотреблениях и аггравациях.

В таком-же неблагополучном состоянии находится вопрос о громадном росте болезней органов пищеварения. Не взирая на безусловно улучшающиеся условия жизни и на отсутствие эпидемий, это количество случаев неудержимо возрастает. Большое количество этих случаев, занимающее первое место среди всех прочих классов болезни, ограниченное количество тяжелых заболеваний орг. пищеварения (из 13146 случаев приходится всего только 400 случаев на грыжи

и 521 на аппендициты), краткая продолжительность каждого случая в 3-4 дня, диагностика болезни б. ч. на основании суб'ективных жалоб больного, дает определенный повод предполагать аггравацию в немалом количестве этих случаев (см. табл. № 9). Наши предположения тем более имеют почву, что, как увидим ниже, эти и подобного рода заболевания специфичны в некоторых отраслях труда, где подобного рода болезни не являются профессиональными.

По количеству первичных случаев и дней заболеваний на 1000 застрахованных месяц приходятся:

I. Стекольная промышленность 174,1 случая и 1173 дня на 1000 застрахованных мужчин в месяц (см. таблицу № 9).

II. Изготовление тканей и швейная промышленность —138 случаев и 1148 дней.

III. Электростанции—113 случаев и 1125 дней.

IV. Щетинное и кожевенное производство—150 случаев и 1091 день.

V. Производство бумаги 140 случаев и 1063 дня.

VI. Обработка металла—128 случаев и 1050 дней.

VII. Графическое производство—110 случаев и 1058,3 дня.

VIII. Деревообрабатывающая промышл.—119 случаев и 918 дней у мужчин.

IX. Обработка волокнистых веществ—116 случаев и 918 дней у мужчин и 184 случая и 1381 день у женщин.

X. Химическое производство—138 случаев и 889 дней у мужчин и 207 случаев и 1041 день у женщин.

XI. Пищевкусовая промышленность—87,5 случаев и 771 дн. у мужчин и 130 случаев и 908 дней у женщин.

XII. Строительное дело—137 случаев и 725 дней у мужчин.

XIII. Передвижение и сношение—76 случаев и 677,5 дней у мужчин.

XIV. Различн. гос. учр. и дом. хоз.—23-35 случ. и 483-300 дней у мужчин.

Занятые в сельском хозяйстве не приняты в расчет, поскольку они еще слабо пользуются пособиями по временной нетрудоспособности, вследствие отсутствия б. ч. медпомощи поблизости, почему они и реже обращаются за оказанием ее и за отпусками по болезни.

Наиболее промышленные группы дают значительно более высокую заболеваемость, чем непромышленные и непроизводственные. Чем более вредны условия производства, тем выше и заболеваемость. К последним особенно принадлежат: обработка волокнистых веществ, спичечная, стекольная промышленность, изготовление тканей, щетинно-кожевенная, графическая и металлургическая промышленность. Это особенно наглядно, если сопоставить % отношения данной группы к общему количеству застрахованных с процентным отношением заболеваемости этих групп к общему итогу заболеваемости.

	% отношение к среднему общему количест. застрахован. Белоруссии.	% отношение колич. дней болезни отдельн. групп к общему итогу дней болезни.
Металлисты	2,8	4,4
Обработка дерева	5,0	7,3
Обработка волокнистых веществ	2,1	3,8
Изготовление тканей и швейная промышленность	2,3	3,9
Бумажное производство	1,77	2,75
Стекольная промышленность	3,3	5,75
Спичечное производство	1,1	1,7
Щетинно-кожевен. промышленность	5,1	8,5
Пищевкусовая промышленность	5,4	6,7
Графическое производство	1,6	2,5
Электро-энергия	0,48	0,86
Строительное дело	8,4	9,5
Транспорт и нарсвязь	4,5	4,7
Снабжение	6,6	3,4
Домашн. и общ. хозяйство	16,8	15,0
Сельское хозяйство	8,75	2,5
Непроизводственные отрасли труда	24,0	17,64

Из заболеваний металлистов первое место занимают по количеству дней болезни на 1000 застрахованных травмы:—214 дней в месяц и мелкие хирургические болезни 121, затем туберкулез 126, желудочно-кишечные 130, грипп 68, нервные 52, болезни органов дыхания 53. У деревообделочников преобладают травмы—201, панариции и нарывы 107. Высокий процент травм и мелких хирургических заболеваний в этих 2 группах стоит в связи с недостаточными санитарно-техническими приспособлениями наших металлургических и лесопильных заводов. Среди деревообделочников имеется самый большой процент больных малярией—4,2 случаев и 20 дней болезни в месяц, на 1000 застрахованных. Это обстоятельство обусловлено расположением лесопильных заводов в довольно сырых, болотистых, прибрежных и малярийных местностях.

По женским половым болезням первое место занимают работницы-текстильщицы, доминирующие в Белорусском текстильном производстве. На 1000 застрахованных женщин приходится 19,1 случаев в месяц и 131 день бол. Среди текстильщиков громадно также количество туберкулезных больных—8 случаев и 149 дней болезни на 1000 застрах. в месяц и больше чем у прочих групп труда имеется среди них желудочно-кишечные заболевания—210 дней болезни в месяц. Туберкулез и желудочно-кишечные болезни являются у них

профболезнями, обусловленными весьма вредными условиями производства, особенно в чесальных, вахтерных, шлихтовальных и др. цехах. Наши данные по заболеваемости текстильщиков приближаются к ленинградским данным, только случаев и дней по малокровию у нас выше, что не может не быть отнесено за счет санитарно-гигиенических дефектов наших льнопрядилен [1]). Этими же условиями до некоторой степени обусловлена высокая заболеваемость швейников, которые заняты в антисанитарных гигиенических условиях. Большею частью они работают в Белоруссии в совершенно неприспособленных помещениях с недостаточной кубатурой и плохим освещением при кустарных не механизированных способах производства. В результате чего мы и наблюдаем у них огромное количество дней по малокровию—94 на 1000 застрахованных в месяц, по нервным болезням—56, бол. органов зрения—22, по гриппу—79. По туберкулезу швейники занимают первое место среди прочих застрахованных в Белоруссии: на 1000 застрахованных мужчин-швейников приходится в месяц 14 случаев и 293 дня болезни. Большое количество туберкулеза мы имеем и среди бумажников 181 день в месяц и, кроме того, по болезням органов дыхания 90 дней. Высоко также у них количество дней болезни по болевням костей и суставов—124 дня в месяц, а по нервным болезням они занимают первое место—62 дня болезни в месяц. Стекольная промышленность, значительно развитая в Белоруссии, стоит на первом месте „среди прочих видов труда по количеству случаев и дней болезни. Чрезвычайно тяжелые условия, при которых проводится эта работа: резкие колебания температуры, вдыхание минеральной пыли, вынужденно-стоячее положение тела у стеклоплавильных печей и т. п., при отсутствии всяких технических усовершенствований в наших „гуттах" естественно вызывает высокую заболеваемость, которая еще усугубляется наличием коституциональных моментов у белорусских рабочих стекло-промышленности, в виду передачи профессии от рода в род [2]) По отдельным формам болезни у них выделяется туберкулез 7,4 случаев и 172 дней на 1000 застрахованных в месяц, бол. органов дыхания 13,8 случаев, бол. костей и суставов 31 случаев, по гриппу 28 случаев. Огромно количество травм, преимущественно ожоги, порезы и т. п. По количеству суставных заболеваний, болезней органов зрения и отчасти по бол. органов дыхания они занимают первое место. Среди женщин работниц стекольной промышленности особенно высок процент дней бол. по женским половым болезням—95 в месяц, а среди последних больше всего выделяется количество случаев растройства месячных. Занятые в другом вредном производстве—в спичечной промышленности—женщины дают самое большое количество случаев гриппа 26,5 и 164 дней болезни в месяц, 10,5 случаев 118,6 дней болезни в месяц по малокровию, а 8,6 случаев по нервным болезням. У рабочих пищевкусовой промышленности имеется наряду с большим количеством случаев гриппа, болезней органов дыхания и туберкулеза, еще громадное количество травм и мелких хирургических заболеваний. Особо выделяются рабочие щетинно-кожевенного производства, количество туберкулеза у них составляет 10 случаев и 182 дней болезни в месяц, желудочно кишечные заболевания 33 случая и 176 дней на 1000, болезни костей и суставов 22 случая и

---

[1]) Е. Гордонова.—Санит. состояние промышленности Витебской губернии „Бел. Мед. Мысль" 1924 г. № 1.

[2]) М. А. Хазанов,—Санит. физ., обследование рабочих стек. зав. „Коминтерн" и Профинтерн",——„Бел. Мед. Мысль". № 1—1924 г.

150 дней болезни, панариции 117 дней на 1000 застрахованных. Очень большой процент ревматических и туберкулезных заболеваний у них связан с вредностями труда. Большую заболеваемость дает маленькая группа работников по электроэнергии. Работники графического производства занимают после швейников второе место по туберкулезу, они дают также огромное количество случаев и дней по болезням пищеварительного тракта и больше всего по нервным болезням и по сердечно-сосудистым. Работники строительного дела дают хотя меньшие цифры заболеваемости, чем прочие группы, однако же это относительное благополучие только кажущееся. Если же мы учтем то обстоятельство, что имеем дело с сезонными рабочими, занятыми только ½ года на работах, а показатели выведены из годового расчета у нас получится в этой группе рабочих крайне неблагополучное положение в отношении колоссального количества случаев и дней болезни по травмам, мелким хир. болезням и желудочно-кишечным заболеваниям Грузчики и почтово-телеграфные служащие дают 96 дней по туберкулезу, 122 по травмам и 26 по болезням сердечно-сосудистой системы. В непроизводственных группах труда туберкулез дает 106—116 дней в месяц на 1000 застрахованных, нервные болезни 23—55 дней, болезни органов пищеварения 34—39 дней; заболеваемость этой группы выше в Белоруссии, чем в других местах.

Наименьшая средняя продолжительность одного случая болезни имеется у рабочих спичечной промышленности—5,7 дней и стекольного производства 6,4 дня. Наибольшая средняя продолжительность одного случая болезни имеется в непроизводственных группах 11,4—17,5 дней. Значительная продолжительность болезни у последних очевидно следует поставить в связь с тем, что в непроизводственных группах, служащие, в случаях кратковременных заболеваний, меньше обращаются за пособием в кассы и замещают друг друга, а жалованье на больных выписывается учреждением.

Переходя к заболеваемости застрахованных по отдельным округам мы наблюдаем ту же картину, как с производственными группами. Заболеваемость больше и чаще в промышленных округах Белоруссии и меньше в непромышленных округах (см. таб. № 10).

Наиболее высокая заболеваемость наблюдается в Витебске 94,8 случаев и 800 дней болезни на 1000 застрахованных в месяц, затем следует Борисов—88 случаев, Минск—81, Бобруйск, Могилев. Самое меньшее количество случаев и дней болезни приходится на округа: Калининский 13 случаев и 250 дней, Слуцк 43 случая и 490 дней и Орша 34,8 случаев и 439 дней болезни на 1000 застрахованных в м-ц.

Данные заболеваемости по округам[1]) отражают как климатические, так и промышленные особенности каждого округа.

Малярия дает самую высокую заболеваемость в Мозырском округе, затем в Борисовском, Минском, Слуцком и Бобруйском округах, т. е. в более болотистых округах Белоруссии.

Туберкулез особенно распространен в Витебском, Минском, Слуцком, Полоцком, Борисовском и Оршанском округах и весьма значителен в городах Борисове, Минске, Бобруйске и Мозыре.

Нервные болезни показывают почти повсеместно по Белоруссии большое распространение, но особенно значительны они в более промышленных округах: Борисове, Витебске, Минске, Могилеве, Бобруйске.

---

[1]) Ср. также интересную статью д-ра С. Р. Дихтяра, „Рациональное построение медико-санитарной сети в Белоруссии“, „Бел. Мед. Думка“—1925 г. т. II, кн. III.

Таблица № 10.

Заболеваемость застрахованных по отд. округам Белоруссии.

		Минск	Витебск	Борисов	Бобруйск	Могилев	Мозырь	Орша	Полоцк	Слуцк	Калининск
Среднее месячное количество застрахованных в 1924-1925 г. . .		23749	15467	7096	10512	8562	5217	6593	4602	3939	4313
Среднее месячное количество первичных случаев в месяц . . .		1924	1465	625	717	556	351	228	319	170	55
Среднее количество дней болезни в месяц . .		15035	12333	4393	5587	4113	3678	2888	3017	1939	1132
Средн. продолжительность одного случая . .		6.2 д.	8,42д.	7 дн.	7,8 д.	7,4 д.	10.4д.	12,6д.	9,4 д.	11.4д.	20 дн.
Среднее число случаев на 1000 застрахов. в м-ц .		81	94,8	88	79	68	67	34,8	69	43	13
Среднее число дней бол. на 1000 застрахов. в м-ц .		633	800	620	530	480	707	439	650	498	250
Среднее число дней и случаев на 1000 застрах. в м-ц по отд. болезням*):											
Грипп	Случаи .	7,0	7,7	14.3	12,6	7,4	7,2	4,4	11,1	5.3	1,1
	Дни . .	32,1	34.2	59.3	56.8	40.5	50.3	37,6	54.3	36,4	13,8
Малярия	Случаи .	0,3	0.1	0,8	0,2	0.06	1.0	0,05	—	0.6	0,1
	Дни . .	1,6	0,6	3,6	1,2	0.5	16.5	0,3	—	4,0	5,5
Туберкулез	Случаи .	4,6	4,8	2.6	1,6	2.3	1,0	2,0	3,6	3,9	1,3
	Дни . .	118,7	96.2	51.3	28.2	37,8	25,3	67,6	97,8	79,9	34,1
Травмы	Случаи .	8,2	9,2	12,7	9,2	6.4	6.4	3,4	7,7	3.4	0,8
	Дни . .	50,6	84,6	78	68,6	54,8	64.8	41,8	63.1	31,8	16,4
Малокровие и бол. обмена веществ	Случаи .	2.9	1,8	2.6	0.5	0.4	0.4	1,3	1,0	0,4	0.7
	Дни . .	46,0	27,5	31,6	8,0	2.5	6,7	25,1	14.6	6,5	18,5
Нервные болезни	Случаи .	3,0	3.1	2,2	1.7	2,6	1,8	1.3	1,4	1.1	0,7
	Дни . .	37,1	39	34,8	22,2	27,9	21,4	19.5	13,8	31,1	17,5
Бол. орг. дыхания	Случаи	4,4	4,9	5.5	4,2	5,0	3.9	2.2	4,6	6,2	0,8
	Дни . .	36,1	37,8	33.6	40,0	39,6	33,3	34.2	41,8	72,0	20,9
Бол. кровеносной системы	Случаи .	1,8	2,4	2.0	1,0	1.2	1,4	0.5	0,9	0,7	0,3
	Дни . .	21,3	31.8	13	12.7	14,8	23,0	13,5	9,9	14,7	9.2
Бол. орг. пищеварения	Случаи .	11.8	15.0	11,9	9.1	8,0	5.9	3,4	8.2	5,6	1,4
	Дни . .	73.1	104.6	56.0	56.6	49,2	43,6	34.9	50.8	53,0	25,6
Болез. кожи и подкожн. клетчатки	Случаи .	7.5	9,1	11.1	10.5	5.7	6,1	2.9	11.0	5,3	1,2
	Дни . .	44,0	81.2	59,3	69,4	35,1	43,5	29,3	67.0	44,9	17.0
Бол. костей и суставов	Случаи .	4,0	3.7	3.2	2.9	3,1	2.7	1,3	2.2	1,6	0,4
	Дни . .	26,0	31,8	13,5	18.2	17,9	19.0	15.2	16,2	14,2	9.0
Мочеполовые бол.	Случаи .	2.0	2.5	3,1	2,0	1,5	1,0	0.9	2,1	1,2	0.5
	Дни . .	23,3	29	27	24,0	16.6	12.5	20,8	16,9	15,2	11,3

*) Показатели в отношении Минска и Витебска выведены в отношении целого года, в отношении прочих округов только к первому полугодию.

В этих же округах наблюдается также чрезвычайно высокий процент больных истощающими болезнями, преимущественно малокровием.

По травмам и болезням кожи (панариции, флегмоны и т. п.) первое место занимает Витебский округ, затем следуют: Борисовский, Бобруйский, Полоцкий, Мозырский, Минский и Могилевский округа. В не промышленных же округах Белоруссии количество травм и болезней кожи незначительно.

Болезни органов пищеварения в целом ряде округов превосходят по количеству случаев и дней болезни туберкулез, при чем особенно большое распространение этих болезней мы видим главным образом в Витебском округе 15 случаев и 104,6 дней болезни на 1000 застрах., затем в Минском округе, но они также весьма значительны повсеместно, по всем округам, даже по непромышленным. Последнее обстоятельство не может указывать на исключительную профессиональную этиологию этих болезней.

Мочеполовые болезни показывают высокие коэффициенты в тех округах, где занято много женщин в производстве: в Витебском, Борисовском, Бобруйском, Оршанском и Могилевском округах.

Анализируя заболеваемость по отдельным предприятиям, мы наблюдаем высокую, даже несоразмерную, заболеваемость в более крупных, т. н. цензовых предприятиях, что особенно ярко отражается в сводке за 1-ое полугодие текущего 1925-1926 года. (см. таблица № 11).

Таблица № 11.

	Общее число			Из них среди рабочих				
	Застрахованных (среднее месячное)	Случаев болезни (абсолютн. цифры)	Дней болезни (абсолютн. цифры)	Среднее месячное количество застрахованных	Процентное отношение к общему числу застрахованных	Количество случаев болезни	Процент к общему числу случаев болезни	Количество дней болезни
I кварт.	104784	34599	237251	16152	15,4	14122	41,9	80321
II „	110443	30659	245237	22759	20,6	19439	63,4	115822

ВСЕХ ЦЕНЗОВЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ БЕЛОРУССИИ

	Проц. к общему числу всех дней болезни	Из них в крупно-цензовых предприятиях Белоруссии: Среднее месячное количество застрахованных	Процент к общему числу застрахованных	Количество случаев	Процент к общему количеству случаев	Количество дней болезни	Процент к общему количеству дней болезни
I кварт.	33,9	9619	8,22	8099	23,4	46936	20,0
II кварт.	47,2	11211	10,2	9561	31,2	58265	23,8

Рабочие цензовых предприятий, представляющие $^1/_6$ часть всех застрахованных Белоруссии, дают больше $^2/_5$ всех дней болезни и $^1/_2$ всех случаев болезни. Крупные цензовые предприятия, насчитывающие свыше 100 рабочих, дают еще более высокую заболеваемость, об'единяя меньше $^1/_{10}$ части всех застрахованных Белоруссии они дают больше $^1/_4$ части всех случаев болезни и $^1/_5$ всех дней болезни застрахованных Белоруссии в течение первого полугодия.

Высокий рост заболеваемости, как видно из таблицы „заболеваемости застрахованных по крупным предприятиям Белоруссии" (см. табл. № 12) дает дальнейшее наростание кривой во 2 квартале текущего операционнаго года. Почти по всем крупным предприятиям мы наблюдаем во втором квартале повышение дней болезни и случаев по гриппу, что вызвано начавшейся в феврале и марте мес. эпидемией гриппа по Белоруссии. За счет этой эпидемии следует отнести также повышение кривой туберкулеза, обусловленное обострением гриппом имеющихся туберкулезных процессов. Но наряду с этими болезнями мы видим во втором квартале дальнейшее увеличение количества случаев и дней болезни по травмам, болезням кожи и подкожной клетчатки и по таким хроническим болезням, как желудочно-кишечным, нервным, расстройству питания и обмена веществ.

Наиболее высокая заболеваемость наблюдается на Мозырском лесопильно-фанерном заводе „Кр. Октябрь"—3545 дней на 1000 застрахованных в м-ц с самыми высокими коэффициентами почти по всем болезням. В отношении желудочно-кишечных болезней и туберкулеза этот завод занимает первое место. Затем следует щетинная ф-ка в Минске—3455 дней, Миншвей—2745 день, заводы Метпрома в Витебске—2705 дней дрожжевой завод „Красная Заря" в Минске—2250 дней, стеклозавод, „Новки" в Витебске—1920 дней, стеклозавод „Труды" в Полоцке—1920, спичечная ф-ка „Красная Березина" в Ново-Борисове—2106 и 1-й Госкожзавод в Минске—602 дня.

По туберкулезу первое место занимает завод „Кр. Октябрь" (лесопильно-фанерный) 685 дней болезни на 1000 застрахованных в м-ц, затем Миншвей 617 дней в 1-ом квартале, щетинная ф-ка—368 день в 1-ом квартале, Витшвей, Метпром, 1 госкожзавод, обувная ф-ка, бумажная ф-ка „Спартак", дрожжевой завод „Красная Заря" и стеклозавод „Труды".

Количество травм и болезней кожи особенно высоко на Минской водо-электростанции, на заводах Метпрома, пивоваренном заводе „Беларусь", на лесопильно-фанерном заводе „Кр. Октябрь" на стеклозаводе „Труды", на 1-ом госкожзаводе и на спичечной фабрике „Красная Березина".

Высокие показатели по расстройству питания и обмена веществ, а также по нервным болезням дают заводы по обработке кожи и щетины, спичечная фабрика, махорочная фабрика, 1 гостипография, на первом же месте стоит „Миншвей", а на втором обойная фабрика имени Воровского.

По болезням органов дыхания первое место занимает дрожжевой завод „Красная Заря", затем щетинная фабрика, Миншвей, Метпром, спичечная ф-ка, колодочная ф-ка и стекольные заводы.

Самое большое количество дней болезни по желудочно-кишечным имеется на заводе „Кр. Октябрь" и на Минской водо-электростанции, значительное же их количество имеется среди застрахованных всех предприятий. Огромное количество болезней органов зрения на стекольных заводах, особенно на заводе „Новки" 472 день в среднем на 1000 застрахованных в месяц.

Все это подтверждает, что в ряде отраслей труда, как нами выше было указано, высокая заболеваемость до известной степени обусловлена: 1) неудовлетворительными условиями, обстановкой, профессиональной вредностью и технической необорудованностью этих предприятий и 2) изношенностью организма рабочих Белоруссии в большей степени, чем в других местах нашего Союза. За последнее говорит также и то обстоятельство, что из общего количества застрахованных обращались за пособием по временной нетрудоспособности в течение 1924-25 года почти 50 проц. всего наличного состава:

Из общего колич. застрах. в 26819 на 1-X-25 г. в Минске получ. отпуск 12376 лиц или 45,8 проц.
" " " " в 7889 " " " " Орше " " 3452 лица или 43.6 проц.
" " " " в 4343 " " " " Слуцке " " 1136 лиц или 26,1 проц.
" " " " в 6132 " " " " Полоцке " " 4219 лиц или 68 проц.
" " " " в 4489 " " " " Калининске " 634 лица или 14.1 проц.

Большое количество первичных амбулаторных посещений активных застрахованных тоже указывает на чрезвычайную изношенность наших застрахованных.

Колич. первичн. посещ. в Полоцке в теч. года было 13285 или 2880 на 1000 застрах. в ср
" " " Борисове " " " " 60668 " 8550 " " " " "
" " " Слуцке " " " " 6244 " 1640 " " " " "
" " " Мозыре " " " " 23627 " 4510 " " " " "
" " " Орше " " " " 22089 " 3350 " " " " ";

На одно первичное посещение приходится в среднем три повторных.

Об'яснение однако же высокой заболеваемости всецело только этими моментами недостаточно. В беспрерывном росте заболеваемости и расходов по временной нетрудоспособности кроется еще целый ряд других моментов и причин. Тут и колоссальное количество хронических больных и полуинвалидов в наших предприятиях и использование ими сознательно и бессознательно своей хронической болезни в целях получения отпуска, тут и щедрое предоставление отпусков из-за нажима бессознательных элементов на врачей и пускания ими в ход оскорблений, угроз, насилий, лишь бы выжать отпуск, тут и недостаточно внимательное исследование больных врачами, в виду перегруженности, тут и посылка на сезонные и временные работы рабочих без предварительного осмотра и без определения степени их физической пригодности к той или иной работе, тут и недостаточный контроль над использованием отпусков застрахованными. Все эти моменты достаточно доказаны в страховой практике и нельзя пройти мимо того, что строители в зимнем периоде октябрь-декабрь 1925 г. дали 15 проц. всех случаев болезни и дней, а сами составляли только 5 проц. из общего количества всех застрахованных, или, что в ряде трудовых коллективов имеется более высокая заболеваемость, чем в других цензовых предприятиях: на витебской т.-к. ф-ке „Скороход“ количество дней на 100 застрахованных в мес. составляет 950 против 853 дн. на 100 застрах. в м-ц в других цензовых предприятиях кожевенной промышленности или на минских т.-к. веревочных и войлочных мастерских

Таблица № 12.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗАСТРАХОВАННЫХ ПО КРУПНЫМ ПРЕДПРИЯТИЯМ БЕЛОРУССИИ.

За период с октября 1925 г. по март 1926 г.

ЧИСЛО СЛУЧАЕВ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ДНЕЙ БОЛЕЗНИ В КВАРТАЛ НА 100 ЗАСТРАХОВАННЫХ

НАЗВАНИЕ ПРЕДПРИЯТИЙ И СРЕДНЕЕ ЧИСЛО ЗАСТРАХОВАННЫХ РАБОЧИХ И СЛУЖАЩИХ		По всем болезням (кроме родов)						В том числе: Грипп		Туберкулез		Травма		Термич. воздействия		Расстр. питания	
		Случаи м.	Случаи ж.	Случаи о. п.	Дни м.	Дни ж.	Дни о. п.	Случ.	Дни	Случ.	Дни	Случ.	Дни	Случ.	Дни	Случ.	Дни
Стекольные заводы.																	
Борисов. Завод им. Домбаля—632 рабочих	I кв.	83,4	54,8	76.9	441	327	415	9.9	30.8	3,9	53.2	9.5	53.6	4,0	22,1	1.4	18,4
	II кв.	73,1	77,3	74.0	354	366	356	21.2	78,8	2.0	29,6	10,4	58.2	—	—	0.9	9.6
Полоцк. Завод „Труды“—551 раб.	I кв.	78.2	78.9	78,4	394,7	202	340	11.7	26.0	5.0	45,2	8.1	32.3	2.8	6.7	1.2	8,1
	II кв.	115.0	129,0	119.1	961.3	852,1	930	6,4	42,0	3,1	87.3	21,3	191,1	—	—	0.8	9.3
Витебск. „Новка“—527	I кв.	72.9	70,6	72.2	720	745	727	7.0	35.3	1,9	43.7	6,8	69,5	2.9	36,6	0,8	11,3
	II кв.	60,5	37,9	52.8	474	328	425	2.0	13,0	2,5	41,3	9,7	97,2	—	—	1.3	22.0
Бобруйск. „Коминтерн“—308 раб.	I кв.	116.4	86	108	354	270	330	21,5	39,1	2.3	19.9	12.4	43.9	5,9	16,6	0.3	2.3
	II кв.	102,3	79	95	417	416	417	20.4	65,3	1.6	45.5	15.6	64.3	—	—	—	—
„Октябрь“—423 раб.	I кв.	126	83	106,3	361	372	365	19.1	39.7	1,7	20,8	15.0	53,5	6.3	18.2	1.7	8.2
	II кв.	114	86	104	452	362	420	14.5	45.5	0,5	6.7	24.0	94.7	—	—	0,6	11.3
Обработка пищевкус. вещ.																	
Минск. Зав. „Красная Заря“—160 раб.	I кв.	103.2	110.8	103,3	612,6	465,4	587.5	17.8	56.5	3,3	51.9	13,2	71,5	—	—	3,3	36.8
	II кв.	116,2	166	126	754	800	7625	31,0	100,6	7.1	87.5	8,8	45.2	—	—	5.6	41.1
Пив. Зав. „Беларусь“—112 раб.	I кв.	63,7	278	81	368	1022	421	17.1	45,9	0,9	8.1	18.0	170.3	0.9	16,2	0,9	4,5
	II кв.	107	300	128	490	1042	549	25,0	65.2	1,8	62,5	30.6	128.6	—	—	1.8	20.5
Борисов. Дрож. зав. им. Л[illegible]нина“—[illegible]0 раб.	I кв.	47.5	36.3	56.0	255	91	235	6,6	27,5	—	—	10.9	91.2	—	—	—	—
	II кв.	90	60	85	456	560	472	23.5	92,2	1,0	6,7	16.7	122.5	—	—	—	—
Витебск. Махор. ф-ка—148 рабочих	I кв.	28.6	106	74,2	210	537	403	9,2	70.8	0.8	6.7	2,5	8.3	0 8	10.8	2,5	19,2
	II кв.	46,7	117	93	303	634	522	22.0	100,0	2 3	11,9	3.9	15.8	—	—	4.5	48.0
Обработка кожи и щетины.																	
Минск. I Гос. кожзавод—140 раб.	I кв.	152	100	148	734	733	733	18,9	48,9	7.3	90.5	21.9	95.6	7.3	11,7	8.8	118.9
	II кв.	183,3	100	178	897	120	864	14,1	40,8	5.6	133,8	26.0	104.2	—	—	4.9	60.6
Обувная фабр.—119	I кв.	110	27	109	588	440	570	14.4	47,5	9,3	149,0	9.3	33.1	—	—	7.6	81,4
	II кв.	114	47	106	688	200	626	11,8	44,5	7.5	95.8	14.3	55.6	—	—	5.0	29.4
Щетинная — 84	I кв.	161	700	174	963	5750	1079	47,1	63,4	37,3	161.0	9.8	61.0	1.2	4.9	3.7	47.6
	II кв.	193	433	201	983	1300	994	52.3	203.5	8,1	59,3	7,0	16.3	—	—	7,0	50.0
Химич. производство.																	
Борисов. Спич. ф-ка „Кр. Березина“ 1010 раб.	I кв.	86,6	142	121	486	722	631	17.1	67,3	3.1	36,8	11.3	66.1	11,9	54,2	4.9	56.6
	II кв.	112	131	124	637	630	633	26.4	118,0	4.5	34.2	16.7	94.6	—	—	5.3	41.0
Электро-энергия.																	
Минск. Водо-электростанция—212 рабочих	I кв.	140	60	133	880	580	844	9.5	21,5	3,2	65.9	30,4	198.9	1.9	12.7	2.5	32.9
	II кв.	160	64	60.1	297	229	294	17.7	62.4	0,4	1.5	10,3	52,8	—	—	0,4	2.6
Графич. производство.																	
Минск. I-я Гостипография—320 раб.	I кв.	141	147	73,0	344	909	424	11.5	31.7	3,7	44.1	5.9	52.8	—	—	4.3	43.5
	II кв.	74	106	79,3	434	869	501,6	13.8	48,3	5,0	108.1	6.3	32.3	—	—	6.0	51.1
Обработка металлов.																	
Витебск. Зав. „Метпром“ №№ 1 и 3 762 рабочих	I кв.	129	45	128	820	373	813	9,5	28.1	10,5	147.0	29.6	150.0	6,1	47.3	2.0	19,5
	II кв.	132	16.7	130	822	25	810	22.6	89.7	7.0	104.4	29,3	159.4	—	—	1.4	16.5
Орша. Гвозд. завод „Кр. Октябрь“—315 рабочих	I кв.	45,3	108	47.8	370	933	392	6.6	27,2	1.8	54,8	9.6	81,1	1,0	5,3	0.7	9.3
	II кв.	75.3	53	74	689	307	672	13,1	70,6	3.4	84,7	13.8	104.6	—	—	1.2	13,1
Обработка дерева.																	
Минск. Завод „Деревообделочник“—152 рабочих	I кв.	51	157	59	191	657	224	6,4	19,9	2,1	29,0	14,2	53.9	0,7	4,3	1,4	11,3
	II кв.	96	100	81	611	550	506	16.6	66,3	2,5	48.5	20,2	103,7	—	—	0.6	5,5
Мозырь. Фан. зав. „Кр. Октябрь“—158 рабочих	I кв.	104	163	118	716	1240	832	17.7	59,5	8.9	147,5	15.2	141.1	—	—	1.3	18.[illegible]
	II кв.	120	163	130	1200	814	1115.7	30,8	110,1	12,6	263,5	10.7	135.2	—	—	3.8	42.[illegible]
„Звезда“—220 раб.	I кв.	33	37	34	330	158	362	4,3	23,2	2,9	30,4	5.3	49,8	—	—	—	—
	II кв.	50	53	51	386	351	378	11,0	31.4	2,3	38,1	5,5	30,5	—	—	0,9	9.1
Борисов. Колод. ф-ка „Рабочий“—90 рабочих	I кв.	54,7	89	68	396	392	394	11.2	42.7	1,1	2.2	11,2	88,7	—	—	2.2	29.2
	II кв.	107	102	105	536	367	469	27,5	130.8	2,2	17.6	17,6	93,4	—	—	2.2	16.5
Обработка волокн. веществ.																	
Витебск. Льнопрядильная им. «К. Маркса»—317 раб.	I кв.	36,6	41,3	39,6	200	234	222	11.6	33,7	0.5	4,6	3,2	24,6	0,4	0,7	2,1	26.0
	II кв.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Льнопрядильная—„Двина“—1394 рабочих	I кв.	43,5	53	49	413	355	384	10,8	45,2	3.8	69,4	3,2	28,6	0.4	5,1	1,1	18.7
	II кв.	45	66	58	368	491	449	18.4	87.1	2,2	41,7	5.7	46.7	—	—	1.9	36.7
Чулочно-трикотаж. фабрика 482 рабочих	I кв.	—	121	107	—	602	536	9,4	31,3	2.2	29.3	4,4	27,5	0,4	3,8	3,0	25.7
	II кв.	54	108	100	221	553	507	13,9	67,2	2.2	24,7	5.2	28,6	—	—	2,2	11.1
„Витшвей“—290	I кв.	82	93	86	644	473	587	5,8	17,9	6,4	151,8	6,1	21,8	—	—	2,1	18.5
	II кв.	93	93	93	597	494	560	14.2	54.0	6.6	80,1	8.6	61,9	—	—	3.9	22,5
Минск. „Миншвей“—215	I кв.	125	121	124	686	687	686	25.0	75,9	12,7	222,2	7.1	26,4	1,4	6,1	8,5	68.4
	II кв.	174	142	165	933	1024	961	42,7	16,2	12.4	147,7	8,7	33,0	—	—	13.3	142.2
Производство бумаги и выделка из бумаги.																	
Могилев. Бум. ф-ка им. „Спартак“—750 рабочих	I кв.	50.9	74	56,3	307	442	338	15.7	61.7	2,8	54.1	6.4	49.5	0,9	6.2	—	—
	II кв.	66	61	65	487	433	474	21.2	87,5	3,4	98,3	6,6	57.6	—	—	0,1	2.2
Минск. Обойная ф-ка им. „Воровского“ 118 рабочих	I кв.	72	94	75	352	419	364	9,0	28.2	3.6	22.7	7,3	29,1	0.9	1.8	5.5	52,7
	II кв.	70	111	76.2	439	416	451	15,9	46,0	6,3	70,6	4.8	26,2	—	—	7.9	96,0

НАЗВАНИЕ ПРЕДПРИЯТИЙ		Бол. нервной сист.		Бол. кровеносн. сист.		Бол. орг. дых.		Бол. зубов		Жел.-киш. забол.		Бол. пол. органов		В том числе выкид.		Бол. орг. зрения		Бол. кост. сустав.		Болезни кожи и подкожн. клетчат.	
		Случ.	Дни	Случ.	Дни	Случ.	Дни	Случ.	Дни	Случ.	Дни	Случ.	Дни	Случ. ж.	Дни ж.	Случ.	Дни	Случ.	Дни	Случ.	Дни
Стекольные заводы.																					
Борисов. Завод им. Домбаля—632 рабочих	I кв.	0,6	4.2	0,8	5,7	9.1	30.0	0,4	0,8	5.7	14,2	0.6	6,9	1.7	17,4	0.2	0,6	5.3	17.2	16.2	79,6
	II кв.	1.0	4.4	0.3	5.0	13.0	48,4	0,3	0,3	5.7	13,5	1.5	8.8	1,7	15.1	0,7	2,1	2.8	8,3	9,1	39.8
Полоцк. Завод „Труды“—551 раб.	I кв.	2.4	29,6	1,7	11.7	5.7	32,4	1.0	5.8	7,9	24.8	8,4	12,7	—	—	1,0	7,0	4.8	27,1	14.5	57,8
	II кв.	3.8	48.8	0.3	0.7	7,2	54,3	1,5	6.0	12.4	30,6	5.8	21.3	—	—	2.4	12,7	1.0	2,2	6,7	69,4
Витебск. „Новка“—527	I кв.	1.9	29.4	1,1	14.3	5.7	40.8	2,4	18,3	3,5	14,0	1.1	13,2	2,2	15,4	21,9	258.9	1.9	22,3	8,4	56,7
	II кв.	5.0	26,8	0,8	13.7	8.0	49,5	3,2	16,3	5.2	39,5	2,0	22,5	—	—	3,7	24.2	1,3	7.8	6.3	45,2
Бобруйск. „Коминтерн“—308 раб.	I кв.	5,9	15.3	1,0	19,2	12,7	30,0	1.6	7.2	11,7	34,5	1.6	2,6	—	—	—	—	2,6	16,0	17,6	56.3
	II кв.	4.2	9.4	—	—	6,8	15,8	0,9	1,9	9,4	22.7	1,3	5,5	—	—	—	—	2.6	11,7	13,6	55,5
„Октябрь“—423 раб.	I кв.	3.4	8.2	1.7	12,8	4.6	14,3	2,7	4.6	10,0	13,3	3.9	6.0	0.6	3,2	2.7	9,4	2.9	7.7	20,1	77.0
	II кв.	8,3	36.0	0.6	1,2	6,5	27.9	4,2	9,5	10.2	17,6	4,2	11.3	0,6	8,4	3,0	7,8	6,9	14.5	16,6	91,5
Обработка пищевкус. вещ.																					
Минск. Зав. „Красная Заря“—160 раб.	I кв.	4.6	55.9	9,2	44.7	6.6	47.3	—	—	3.3	20.4	2,0	16.4	—	—	1,3	15,8	5.3	27,6	19,0	84,2
	II кв.	10.7	60,7	2,4	13.7	15.5	124,4	—	—	5.6	27,4	2.4	20,8	6.3	103,1	—	—	7,1	48,2	17,9	107,7
Пив. Зав. „Беларусь“—112 раб.	I кв.	4,5	17.1	1.8	5,4	5,4	23.4	—	—	0,9	0,9	1,8	4.5	—	—	1.8	3.6	2.7	14,4	9.9	53.2
	II кв.	5.4	20.5	2,7	9.8	8,9	17.0	—	—	4.5	13.4	0,9	18,7	8.3	175,0	—	—	12.5	38.4	18,7	100.9
Борисов. Дрож. зав. им. Л[illegible]нина“—[illegible]0 раб.	I кв.	—	—	—	—	5.5	15.4	—	—	8,8	28,6	—	—	—	—	—	—	—	—	21,9	58,2
	II кв.	—	—	—	—	6,7	11.8	—	—	12,7	35.3	2.9	31.4	—	—	—	—	3,9	8,8	9,8	72,5
Витебск. Махор. ф-ка—148 рабочих	I кв.	2,5	8.3	—	—	3.3	12.5	—	—	16,7	60,0	5,0	59.2	4,2	39.4	0.8	10.0	3.3	10.8	12,5	61,7
	II кв.	4.5	15.8	3,3	19,2	7,9	50,3	0.6	1.1	9.6	21.5	3,4	29,4	0,8	4,3	1,7	3,4	6,8	79.1	11,9	62,7
Обработка кожи и щетины.																					
Минск. I Гос. кожзавод—140 раб.	I кв.	1.5	5,1	2.2	18,9	8.8	43.8	1,5	4,4	9.5	28,4	0.7	2,2	—	—	—	—	10.2	42,3	20.4	113.9
	II кв.	3,5	10,6	0.7	2.1	7.7	45.8	—	—	12,7	35.2	—	—	—	—	—	—	9.8	21.1	13,4	69.7
Обувная фабр.—119	I кв.	8.5	50,9	1.7	23,7	9,3	44.9	0,8	4,2	10,2	22.1	0,8	1,7	—	—	—	—	7.6	15,3	15,3	34,8
	II кв.	10.0	141.2	5.0	56,3	9.2	40.3	—	—	14.3	41,2	—	—	—	—	—	—	4.2	7,6	11,7	58.8
Щетинная — 84	I кв.	13.4	54,9	7,3	134,1	17.0	118.3	—	—	25,0	68,3	4,6	30.2	—	—	4,8	18,3	12,2	47.6	19,5	100.5
	II кв.	12,8	84,9	4.7	19,8	17,4	61,6	—	—	18,6	31,4	—	—	—	—	—	—	11.6	36,0	19,8	119.7
Химич. производство.																					
Борисов. Спич. ф-ка „Кр. Березина“ 1010 раб.	I кв.	3.4	26,2	1.8	9.5	13.2	56,6	0.4	0,7	11,8	37.9	6,9	30,8	1.4	12,1	0,5	1,7	5,2	20,4	20,1	113.8
	II кв.	4.5	20.5	1,1	15,1	13,6	62,1	0.3	1,7	18,6	65.9	8,7	36,4	1.6	15.7	1.2	3.9	3.7	13,2	16,6	100,0
Электро-энергия.																					
Минск. Водо-электростанция—212 рабочих	I кв.	6,9	31,0	4,4	36,1	9,5	51,9	0,6	1,2	13,3	102.6	3.8	27,9	—	—	1,2	9.5	14,6	50,0	13,9	74,1
	II кв.	4,4	42,4	1,0	10,7	5,5	11,8	—	—	8,7	9,6	0.4	3.7	—	—	0,7	0,7	5.5	32,5	5,5	33,2
Графич. производство.																					
Минск. I-я Гостипография—320 раб.	I кв.	5,6	32,3	1.2	19,3	4.7	31,7	0.3	1.2	6.8	15.8	2,2	18,9	6,5	89.1	0.6	6.8	3.7	6,5	10.0	63.0
	II кв.	7.5	43,9	1.9	10,7	5.0	21,9	0,3	0.9	7,2	16,9	2.2	19.4	4.0	46,0	0,6	2,5	4.1	8,5	8.5	43,6
Обработка металлов.																					
Витебск. Зав. „Метпром“ №№ 1 и 3 762 рабочих	I кв.	3.1	23.2	2,3	13,4	7,9	65,8	0,8	0.9	14,4	52,7	0,9	6,0	9,1	36,4	1,8	15.9	9,3	48.4	18,0	118,2
	II кв.	4,6	29.9	2,0	13,7	7,1	45,4	0,9	2,4	8,3	24,2	0,2	4.1	—	—	1,6	7,0	7,4	53.6	22,3	182.9
Орша. Гвозд. завод „Кр. Октябрь“—315 рабочих	I кв.	0.7	2.0	0,7	5,6	3,0	18,3	0,7	6,0	4,3	17,3	0.7	13,9	—	—	2,6	17,6	0.3	0,7	11,9	107,3
	II кв.	7,0	57.2	2.4	22,3	6.1	30,0	0,3	2.4	4.9	26,3	1.2	18.0	—	—	2,8	8,3	1,5	49.8	11,9	117,4
Обработка дерева.																					
Минск. Завод „Деревообделочник“—152 рабочих	I кв.	2,1	4,3	0,7	2.1	1,4	2.1	0,7	0.7	7.8	25.5	—	—	—	—	1,4	2,8	2,8	5,6	12.8	44,7
	II кв.	5,5	129,4	2.5	22.7	8.6	25.2	—	—	8.4	19,5	0,6	2,5	—	—	0.6	0,6	3.1	6.7	9.8	54.4
Мозырь. Фан. зав. „Кр. Октябрь“—158 рабочих	I кв.	8.2	90,5	13,2	30.4	3.8	14,6	1.3	5,1	9,5	37.3	1.3	21.0	—	—			4.0	98,0	16,5	72,8
	II кв.	12.6	22.0	0,6	23,3	8.2	50,9	—	—	15,7	124,5	2.4	15.5		—	1.9	3.2	5.0	20,8	9.4	27,7
„Звезда“—220 раб.	I кв.	1,9	46,4	—	—	1.9	6,8	1,4	10,6	1,4	5.9	2.4	15.5	—	—	0.5	6,8	2,4	11,6	3.9	24,2
	II кв.	4.1	38,6	1,8	18,6	1.4	6,4	1.4	3,6	9,5	21.4	1.4	5.0	2,1	12.8	0.9	1,4	1.4	18,6	5.0	18,6
Борисов. Колод. ф-ка „Рабочий“—90 рабочих	I кв.	2,2	16.9	1.1	1,1	9.0	25,8	—	—	4.5	21,3	—	—	—	—	3.6	2,2	2.2	9.0	19,1	121,3
	II кв.	9.9	24,2	2,2	6.6	12.1	59,3	—	-	3,3	3,3	—	—	—	—	5,5	3.3	2.2	8,8	19,8	83,5
Обработка волокн. веществ.																					
Витебск. Льнопрядильная им. «К. Маркса»—317 раб.	I кв.	—	—	—	—	1,9	10,2	—	—	2,8	9,8	1.8	9.1	—	—	1,4	8,4	0,4	4.9	8.4	50.2
	II кв.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Льнопрядильная—„Двина“—1394 рабочих	I кв.	0.2	1.5	1,4	13.6	2,8	21,1	—	—	4.5	16.5	5,2	33,3	1.6	16.3	0.9	7,1	1.7	11,4	10,8	85.0
	II кв.	1.6	13,3	0,7	14,4	3,2	27,9	—	—	3,4	14,2	3.2	18.3	0.7	3,4	0,5	1,8	1,4	15.3	9,6	71,2
Чулочно-трикотаж. фабрика 482 рабочих	I кв.	4.4	15,1	3,0	27,7	11,4	40.2	—	—	22,1	50.6	7.4	30.5	1,8	14.5	3.0	17,1	9.7	57,8	12.2	63,1
	II кв.	8.7	26,0	3,3	27,8	11,5	51.2	—	—	21,9	66,2	1,5	0.1	0,2	0.9	0.7	1.5	3.5	9.0	12.8	91,0
„Витшвей“—290	I кв.	4,3	63,6	3.6	22.9	3,6	10.0	—	—	10,0	25,4	2,9	13.6	2,1	14.9	1 8	8.9	3,6	22.9	18,6	104.6
	II кв.	3,6	28,5	2,3	15.2	8,6	40,7	—	—	10,6	42,4	1.5	10,3	—	—	0,6	1,0	1.7	6.9	13.9	103,6
Минск. „Миншвей“—215	I кв.	6,6	24,1	0.5	1.9	5.7	34,0	—	—	19,8	65.6	0,9	2,4	1,8	5,4	0.4	0.4	6,6	15.5	16.5	82.0
	II кв.	6.9	74.3	2,8	20,2	16,5	76,6	1,4	3,7	20,2	44,9	1,4	39,0	1,6	4,7	—	—	4.2	22,9	16.5	121,6
Производство бумаги и выделка из бумаги.																					
Могилев. Бум. ф-ка им. „Спартак“—750 рабочих	I кв.	0,7	6.4	0,4	2,6	0,9	6.8	—	—	4.5	14 6	3.9	19,4	1.2	14,4	1.2	6.2	1.6	11,3	8,4	61.5
	II кв.	2.2	10,7	1.1	24.6	11,7	10,3	—	—	4,5	24,9	1,2	9.7	1,6	9.7	1,2	3.7	1.3	6.4	6.7	57,3
Минск. Обойная ф-ка им. „Воровского“ 118 рабочих	I кв.	1,8	13,6	0,9	16,4	7.3	37,3	—	—	6.4	12,7	1,8	10,0	—	—	2,7	6.4	5,5	11,8	9,1	60,9
	II кв.	1,6	27,0	1.6	18,3	3,2	9.5	—	—	7,9	22.2	3.2	18,3	5.3	89.0	—	—	4.0	15,9	5,6	49.2

количество дней болезни, на 100 застр. в м-ц составляет 1128,4 против 400 дн. в других цензов. предприятиях того-же производства или, что повышение заболеваемости, точнее рост отпусков, совпадало с моментом сокращения работы из-за отсутствия сырья и т. д.

Особое значение имеет в смысле затягивания болезни, нерационального лечения и этим уже и роста заболеваемости недостаток больничных коек в Белоруссии. По подсчетам д-ра Дихтяра [1]) по Белоруссии нехватает 2453 коек, из них в городах 899. Исходя же из страховых медицинских расчетов Вигдорчика и Рысса, что на 1000 застрахованных вместе с членами семьи требуется в год 9360 койко-дней, по Белорусии потребуется не менее 2652 коек, а имеется всего по всей Белоруссии для обслуживания всего населения 2445 коек в городах и 1538 в сельских местностях.

Как видно высокая сама по себе заболеваемость рабочих Белоруссии дает еще большие показатели в силу указанных привходящих моментов. Дефицитность органов социального страхования следует отчасти отнести за счет последних моментов. За первое полугодие текущего года имеется дефицит по фонду пенсий и пособий в 409.707 руб. Меры предотвращения подобного угрожающего явления вытекают из причин и моментов, влияющих на повышение заболеваемости. В этом в не меньшей степени заинтересованы органы социального страхования и здравоохранения как и сами застрахованные. Но успех большей части этих мероприятий зависит почти исключительно от лечащих врачей, которые при умелом подходе, внимательном отношении и знании профессиональных и бытовых условий больных застрахованных смогут больше помочь действительно больным и с должной оценкой подойти к мнимо-больным и аггравантам. Ясно само собою, что такую линию лечврачи смогут тем тверже проводить, чем больше они будут интересоваться диспансерными методами: знакомство с условиями труда, быта и проф. особенностей застрахованных и чем больше мер будет принято по ограждению лечврачей от незаслуженных оскорблений, обид и насилий со стороны малосознательных элементов. На последний момент обращено ныне органами социального страхования и профорганизациями самое серьезное внимание. Наряду с этим необходимо увеличение количества стационарных коек, расширение профилактических мероприятий и учреждений, усиление контроля над использованием отпусков, систематическое освидетельствование безработных, проведение карательнаго тарифа при несоблюдении норм охраны труда и технической безопасности и т. п.

Для выяснения заболеваемости застрахованных мы еще вкратце остановимся на причинах инвалидности инвалидов труда Белоруссии по диагнозам классов и форм болезней (см. табл. № 13). Всего на 1 января 1925 года по Белоруссии состояло 2757 инвалидов труда: 2025 мужчин и 732 женщины. (На 1 июля 1926 г. состоят 7671 инвалидов или 6,5 на 100 застр., но причины инвалидности по болезням почти те же, что в 1925 г.).

Из них 14,2 проц. приходится на возрасты до 40 лет (среди мужчин 13 проц., среди женщин 17,8 проц.) Туберкулез составляет 8,4 проц. всех причин инвалидности. Болезни нервной системы 7,1 проц. (в том числе 4,1 проц. органических заболеваний центральной нервной системы).

---

[1]) „Бел. Мед. Думка“ кн. 3 т. II—1925 г.—С. Р. Дихтяр „Рациональное построение медикосанит. сети в Белоруссии“.

Таблица № 13

Причины инвалидности по диагнозам болезней

Причины инвалидности по диагнозу	ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ								ПО ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ																% отношение к общему итогу болезней	
	I гр.		II гр.		III гр.		Всего		До 19 л.		20-29 л.		30-39 л.		40-49 л.		50-59 л.		60-69 л.		70 лет и более		Всего			
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
Инфекц. болезни	20	8	95	51	46	20	161	79	6	4	29	26	45	21	32	12	27	10	22	5	—	1	161	79	—	10.7
в том числе туберкулез легких	19	7	91	50	39	17	149	74	6	3	25	25	44	21	29	11	24	10	21	3	—	1	149	74	7.35	10.1
Бол. орг. дыхания	5	1	97	19	111	18	213	38	—	—	4	—	7	1	20	8	65	15	92	11	25	3	213	38	10.5	5.1
Бол. орг. пищевар.	3	1	69	13	69	12	141	26	—	—	1	3	5	1	10	4	36	8	64	7	25	3	141	26	7.0	3.1
в том числ. грыжа	1	—	57	8	53	4	111	12	—	—	—	1	1	1	7	1	25	3	54	4	24	2	111	12	—	—
Бол. костей и суставов	6	1	30	28	34	30	70	59	—	2	8	—	10	10	18	9	12	20	18	17	4	1	70	59	3,45	8.0
Бол. нервн. системы	42	9	79	25	26	15	147	49	1	—	28	11	31	6	35	15	38	10	12	6	2	1	147	49	7,26	6,7
В том числе: истеро-неврастения	—	—	3	12	5	6	8	18	—	—	1	2	—	2	4	7	3	5	—	2	—	—	8	18	—	2,4
В том числе: орган. заб. центр. нервн. сист.	29	5	58	10	8	5	95	20	1	—	16	7	22	3	21	3	27	4	6	2	2	1	95	20	4.7	2.7
Бол. кровен. сист.	31	11	342	131	303	115	676	257	—	1	5	4	18	12	24	31	125	75	349	96	155	38	676	257	33.3	37.8
в том числе артериосклероз	7	4	162	79	116	34	285	117	—	—	—	—	—	—	6	7	50	29	146	56	83	25	285	117	14.0	15.9
Бол. питан. и обмен.	1	1	8	5	2	6	11	12	—	—	—	—	1	3	3	2	4	2	1	4	2	—	11	12	—	1,6
Бол. орг. зрения	47	14	55	15	23	9	125	38	—	—	5	3	11	5	25	8	26	11	42	7	16	4	125	38	6,17	5.1
Мочеполовые бол.	—	1	1	1	2	8	3	10	—	—	—	—	—	1	1	4	—	3	2	2	—	—	3	10	—	1.4
Дефекты конечн.	6	—	31	7	34	7	71	14	—	—	4	4	15	2	18	2	17	3	14	1	2	1	71	14	3.5	1.9
Прочие болезны	2	1	7	4	5	—	14	5	1	—	2	2	—	—	4	2	3	1	4	—	—	—	14	5	—	—
Без указан. диагн.	6	2	17	4	6	4	29	10	—	—	3	—	1	1	1	6	4	2	4	1	1	—	29	10	—	—
Старческ. маразм	22	5	232	99	66	25	320	129	—	—	—	—	—	—	—	—	19	17	136	65	164	47	320	129	15.8	17.6
Травмат. поврежд.	5	—	24	1	15	5	44	6	—	—	8	3	13	2	6	—	9	1	5	—	3	—	44	6	2,1	0,8
Итого	196	55	1087	403	742	274	2025	732	9	8	97	56	157	65	212	103	385	178	765	222	399	100	2025	732		

Среди инвалидов до 40 лет на туберкулез приходится 34 проц., на нервные болезни 20 проц., а в том числе около 13 проц. орган. заб. центральной нервной системы, на болезни кровеносной системы 10 проц.

Смертность застрахованных составляла в 1925 г. 0,04 на 100 активно застрахованых, в текущем году 0,065 на 100.

Резюмируя наши данные мы отмечаем:

1. Высокую заболеваемость застрахованных Белоруссии: 81,6 случая и 775,2 дней болезни на 100 застрахованных в год. Из общего количества застрахованных на 100 застрахованных болело фактически в течение года 48—68 лиц. Эта заболеваемость все время идет повышаясь с каждым месяцем.

2. Среди болезней первое место по количеству дней приходится на травмы и мелкие хирургические болезни—20 проц. к общему итогу болезней в м-ц на 100 застрахованных, второе место--туберкулез--17 проц., третье—болезни пищеварительных органов—12,2 проц., четвертое—болезни дыхательных путей—6,9 и пятое—нервные—4,5 проц.

3. Туберкулез, нервные болезни и высокий проц. больных малокровием обусловлены неудовлетворительными экономическими, бытовыми и санитарными условиями жизни, тяжелыми политическими обстоятельствами и колоссальнейшими потрясениями, в которых жили работал рабочий класс Белоруссии до утверждения Сов. власти. Среди нервных болезней огромное количество падает на органические заболевания.

4. Громадное количество травм, имея отчасти обоснование в недостаточной оборудованности наших предприятий, не может быть однако же всецело об'яснено этим обстоятельством. Одинаково не может быть об'яснено всецело проф. моментами большое количество желудочно-кишечных болезней.

5. По количеству случаев и дней болезни первое место занимают рабочие стекольной промышленности, второе место—рабочие по изготовлению тканей и швейной промышленности, затем в щетинно-кожевенном, бумажном, металлургическом, графическом, обработке волокнистых веществ, химическом производстве и т. д. Наиболее промышленные группы дают более высокую заболеваемость, чем непромышленные и непроизводственные.

6. Женщины, составляющие в белорусской промышленности 23 проц., дают более высокую заболеваемость, чем мужчины и течение болезни у них тяжелее, чем у мужчин.

7. По отдельным округам заболеваемость выше всего в промышленных округах: в Витебске, Борисове, Минске, Бобруйске и ниже в прочих округах. Из отдельных болезней: малярия особенно распространена в Мозырском, Борисовском, Минском, Слуцком и Бобруйском округах, туберкулез в Витебском, Минском, Слуцком, Борисовском и Оршанском, нервные болезни повсеместно по Белоруссии.

8. Самая высокая заболеваемость приходится среди рабочих цензовых предприятий, а из них особенно среди рабочих фанерного завода „Кр. Октябрь" Миншвей, Метпром, дрож. зав. „Красная Заря", стеклозавода „Новки" и „Труды", спичечной ф-ки „Красная Березина" и 1-й гостипографии.

9. Высокая заболеваемость застрахованных выдвигает необходимость усиления санитарного надзора за предприятиями, расширения профилактических мероприятий и учреждений (диспансеры по туберкулезным и нервным болезням, диэт-столовые, ночные санатории для

туберкулезных и нервных больных и т. п.) увеличения стационарной и специальной медицинской помощи. Вместе с этим необходимо принять меры к более правильной постановке работы органов контроля и экспертизы путем поднятия их квалификации и лучшей организации учета и контроля над условиями жизни и работы получающих отпуска.

10. Высокая заболеваемость застрахованных Белоруссии заслуживает в дальнейшем внимания не только органов социального страхования, здравоохранения и профорганизаций, но и научных организаций, поскольку она отражает совокупность целого ряда моментов и условий жизни рабочего класса и края.

Теоретическая и экспериментальная медицина.

К серодиагностике сифилиса.

Модификация Muttermilch'а.

Д-р К. Ю. Листмангоф.

Из Витебского Хим.-Бактер. Института.
(Завед. д-р А. Е. Бурова).

Теоретическая неясность сущности механизма реакции Вассермана—с одной стороны, сложность ее методики—с другой, при том огромном практическом значении, которое получила реакция диагностики и терапии сифилиса, всегда давали повод к пересмотру этой реакции, к различным попыткам изменения ее методики, вплоть до замены ее другими, сохранившими лишь слабый намек на первоначальные принципы.

В настоящее время все реакции, служащие для серодиагностики сифилиса, можно разбить на две основные группы. К первой из них относятся все те, которые основаны на наступлении или отсутствии гемолиза эритроцитов в присутствии испытуемой сыворотки. Эти реакции в принципе мало отошли от классической RW отличаются друг от друга незначительно; изменения, вносимые различными методами, клонятся или к возможному упрощению реакции или уточнению ее, причем в том или другом отношении достигнуто сравнительно мало.

Вторая группа—это группа т. назыв. осадочных реакций. Сохранив из р. Вассермана основные два инггредиента—„антиген" и испытуемую сыворотку, осадочные реакции ставят свой диагноз не на основании гемолиза или его отсутствии, а на основании образования хлопьев осадка, мути и т. п. Представляя собой большой теоретический интерес в смысле изучения интимной неизвестной нам сущности специфических особенностей люэтической сыворотки, осадочные реакции практически не претендуют однако на полную самостоятельность в смысле замены собой реакции Вассермана, играя до сих пор хоть и важную контрольную, но все же подсобную роль к реакции Вассермана. Сама методика осадочных реакций не отличается большой простотой, т. к. сложность приготовления и титрования антигена покрывает собой простоту основного опыта.

Вот почему заслуживает большого внимания модификация RW, предложенная Muttermilch'ом (Annales de l'institut Pasteur, Septembre 1924), употребляемая в Институте им. Пастера в Париже в течение более двух лет. Отличаясь большой простотой по сравнению с классич. Вассерманом, эта модификация в то же время базируется на том же принципе, имея таким образом шансы вполне заменить собою весьма сложную классическую методику.

Сущность модификации состоит в том, что реакция ставится не с искусственным амбоцентором кролика и комплементом морской свинки, а с естественными гемолитич. амбоцеторами и комплементами, находящимися в большинстве человеческих сывороток. Впервые эта

методика была предложена еще в 1908 г. Bauer'ом и Hecht'ом и подверглась дальнейшей обработке Levaditi и Latapie в 1910 г. Методика Levaditi и Latapie сводилась к следующему:

Реактивы: 1) Антиген: Алкогольный экстракт сифилитической печени; 2) человеческая испытуемая сыворотка, непрогретая; 3) 5% эмульсия бараньих эритроцитов в 0,85 проц. NaCL.

Реакция.

Физиол. раств.	Антиген.	Испыт. сывор.	Бараньи эритроциты.	Результаты.	
				Сифил. сыв.	Норм. сыв.
0,2	0,1	0,1	0,1	+	0
0,1	0,2	0,1	0,1	+	0
0,3	—	0,1	0,1	0	0
$1^1/_2$ часа в термостате			$^1/_2$ часа в термост.		

Сыворотки, не содержавшие собственных гемолизинов подвергались вторичной реакции с прибавлением 0,1 вытитрованных гемолит. сыворотки кролика и комплемента морской свинки.

Простота и быстрота этой методики по сравнению с методикой Вассермана, сами по себе очевидны. Отсюда и название — быстрый метод (procéde papide) в отличие от Вассермановского „медленного метода“ (procéde lent). Но в то же время эта методика слишком неточна и чревата ошибками, как в сторону неспецифических положительных результатов, так и в сторону неправильных отрицательных. Методика была бы правильна в том случае, если бы естественные гемолит. амбоцентор и комплемент человеческих сывороток были бы одинаковой силы во всех случаях. Между тем, по дальнейшим наблюдениям, оказалось, что здесь имеют место колебания в широких пределах. А если так, то ceteris paribus сыворотка сифилитика с большим количеством собственных гемолизинов может дать отрицательный результат, наоборот нормальная сыворотка, бедная гемолизинами, может дать задержку гемолиза. Сама простота метода умалялась тем, что часть сывороток, лишенная собственных гемолизинов, все же нуждалась в дополнительном исследовании с помощью искусственных гемолитич. сыворотки и комплемента. Ввиду этих недочетов методика встретила много возражений и распространения не получила.

Чтобы избежать указанных ошибок, необходимо было найти метод индивидуализирования сывороток сообразно количеству содержащихся в них гемолизинов, иначе говоря, метод вытитровывания гемол. амбоцентора и комплемента испытуемых сывороток. Сделать это было нелегко, так как для того, чтобы определить количество гемол. амбоцентора и комплемента, следовало их отделить друг от друга, между тем реакция ставится с непрогретой сывороткой. Выход из этого затруднения был такой. Вместо того, чтобы вытитровывать отдельно амбоцентор и комплемент сывороток, нашли возможным определить общую гемолитическую силу сывороток, так как известно, что амбо-

центор и комплемент способны в известной степени заменить друг друга, т. ч. с уменьшением одного из них, достаточно несколько увеличить другой, чтобы получить одинаковый гемолиз эритроцитов. Этот путь был впервые указан в 1910 г. Veinberg'ом, доказавшим большое разнообразие количества гемолизинов в человеческих сыворотках и ошибки, которые могут произойти из-за этого.

Вейнберг назвал „гемолитическим индексом" то количество 5 проц. эмульсии эритроцитов в деци и санти ссм, которое может быть гемолизировано 0,1 человеческой сыворотки. 400 человеческих сывороток, изученных Veinberg'ом в этом направлении, дали следующие результаты: 9 сыв.—2, 25 проц. дали гемолит. индекс, равный 0, т. е. 0,1 сыворотки не растворяли даже 0,1 эмульсии эритроцитов; 92 сыв.—23 проц.—дали гемолит. индекс не превышающий 0,3. В половине случаев индекс лежал между 0,4—0,7 в 10 проц., 1,0—1,1. Более высокие цифры встречались только в виде исключения. Техника определения гемолитич. индекса разными авторами предлагалась различная. Способ, практикуемый в Парижском Институте имени Пастера, будет описан ниже (таб. 2).

Вторым изменением в первоначальной методике Levaditi и Latapie был метод постановки реакции с сыворотками не обнаружившими собственных гемолизинов. Вместо того, чтобы прибавлять к таким сывороткам искусственную гемолит. сыворотку кролика и комплемент морской свинки, Latapie и Muttermilch стали пользоваться .человеческими нормальными сыворотками, предварительно вытитровывая гемолитический индекс смеси. Это повело к дальнейшему упрощению реакции экономии времени и животных.

Третьим усовершенствованием модификации был переход к другому антигену. В первоначальной методике в качестве антигена употреблялся алкогольный экстракт из сифилитической печени. Вместо него Latapie и Muttermilch перешли к алкогольному экстракту из телячьего сердца, предварительно освобожденного от той части липоидов, которые растворяются в ацетоне (антиген Bordet—Ruelens). Помимо большей простоты своего приготовления, этот антиген, по мнению Muttermilcha, имеет преимущество перед другими в отношении антикомплементарных свойств и дает результаты наиболее правильные. Таково же мнение Müllera, указывающего, что те неточности, которые могли бы произойти при постановке RW с активными сыворотками, помимо других мер, устраняются более концентрированным раствором NaCl и антигеном из сердца рогатого скота.

В настоящее время методика Muttermilch'а, как она применяется в Парижском Институте, следующая:

1. **Реактивы:**

-1. *Антиген* Bordet-Ruelens (несколько модифицированный), способ приготовления.

К 100 гр. мелко изрубленного телячьего сердца прибавляется 125 куб. см. ацетона, держится в течение 1-2 дней при комнатной температуре. Удаляют ацетон фильтрованием через бумагу, снова прибавляют 200 гр. ацетона и оставляют при комнатной температуре на 6—8 дней (ежедневно встряхивая). Второй раз отфильтровывается ацетон и прибавляется свежий на 1-2 дня. Последний раз тщательно отфильтровывают ацетон; обработанные таким образом мелкие кусочки телячьего сердца высушиваются в термостате, обливаются 200 гр. 95° алкоголя, выдерживаются при комнатной температуре в течение 10-12 дней (ежедневно встряхивая), настой фильтруется через фильтровальную бумагу. Фильтрат и служит антигеном.

Для реакции антиген употребляется в разведении 1:20—1:40. До употребления всякий новый антиген должен быть подвергнут титрованию и сравнен со старым испытанным антигеном.

Титрование антигена: приготовляют следующее разведение антигена в физиологич. растворе: 1:5, 1:10, 1:20, 1:40, 1:80, 1:160, 1:320. Подбирают несколько заведомо положительных и заведомо отрицательных сывороток. С каждым разведением антигена ставится опыт, описываемой ниже (табл. 7).

Наилучшим антигеном будет тот, который при самых концентрированных разведениях (1:5, 1:10) не даст положительных результатов с нормальными сыворотками и при самых больших разведениях (1:320) даст положительный результат с люэтической сывороткой. Антиген, в котором амплитуда слишком мала, напр. между 1:10 и 1:40 считается плохим. Окончательное разведение антигена, употребляемое для реакции, устанавливается после сравнения с другим испытанным антигеном; Muttermilch употребляет большею частью разведение 1:20; мы остановились на разведении 1:25.

Примечание 1. Для приготовления эмульсии антигена в физиологическом растворе нужно прибавлять физиолог. раствор к антигену (а не антиген к физиол. раствору) сперва медленно, каплями, все время помешивая эмульсию встряхиванием; когда количество прибавленного физиолог. раствора достигает об'ема в 2-3 раза большего, чем антиген, можно прибавлять физиологич. раствор быстрее, с меньшими предосторожностями, но все время встряхивая смесь.

2. Алкогольный экстракт может сохраниться неограниченно долго во флаконе с притертой пробкой, лучше из темного стекла в темноте. Эмульсии антигена в физиологическом растворе годны не дольше 1-2 дней.

2. *Человеческие сыворотки* употребляются в активном состоянии. По мнению Muttermilch'а, нет надобности отделять сыворотку от сгустка. Сыворотки для реакции могут насасываться пипеткой прямо из пробирок, в которые взята кровь.

От последнего указания Muttermilch'а в нашей работе с его методикой нам пришлось отказаться. Работа с этой реакцией нас убедила в том, что именно при этой модификации необходимо тщательное отделение сыворотки от сгустка и освобождение ее от малейших видимых следов эритроцитов. В самом деле, при обычной методике Вассермановской реакции мы имеем дело с искусственным гемолит. амбоцептором кролика, который гемолизируя наилучшим образом бараньи эритроциты, все же способен растворить и небольшие остатки эритроцитов человеческих, чужих для кроличьей сыворотки. В модификации же Muttermilch'а, где гемолиз бараньих эритроцитов происходит с естественным амбоцептором испытуемой сыворотки, остатки собственных эритроцитов останутся не гемолизированными и могут дать ложную задержку.

3. *Бараньи эритроциты.* Дефибринированная кровь барана отмывается один раз физиологическим раствором, поваренной соли, приготовляется 5 проц. эмульсия из рассчета на количество дефибринированной крови.

В своей работе мы отмываем эритроциты по обычному методу три раза.

II. Реакция фиксации комплемента.

Для каждой сыворотки требуется 6 пробирок: три для самой реакции, три для определения гемолитического индекса. (Мы пользуемся для реакции небольшими пробирками вышиною около 10 см. диаметром в 0,3—0,4 см.).

В первые две пробирки первого ряда наливают антигена 0,1 и 0,2, третья пробирка 1 ряда, без антигена, служит для контроля, во все три пробирки первого ряда наливают физиологич. раствора до 0,3, т. е. 0,2, 0,1, 0,3. В три пробирки II ряда наливают эмульсии эритроцитов в количестве 0,3, 0,6, 0,9. Во все пробирки обоих рядов прибавляют затем испытуемых сывороток по 0,1. Все пробирки взбалтываются и ставятся в термостат на полтора часа.

По пробиркам второго ряда отмечают гемолитический индекс каждой сыворотки. Для реакции берется количество эритроцитов в три раза меньше полученного индекса, т.е. при индексе 0,3 для реакции берется эритроцитов 0,1, при индексе 0,6—0,2, при 0,9– 0,3. Такое уменьшение количества эритроцитов против индекса необходимо потому, что за $1^1/_2$ часа пребывания в термостате комплемент сыворотки успевает несколько ослабеть.

В небольшой части сывороток гемолитический индекс оказывается меньше 0,3, т. е. ни в одной пробирке II ряда гемолиза нет. Такие сыворотки, лишенные собственных гемолизинов, (амбоцентора, комплемента или того и другого) или имеющие их в недостаточном количестве, оставляются для дополнительного исследования с помощью прибавления чужих гемолизинов. Для этой цели употребляются свежие отрицательные сыворотки из той же реакции, смесь которых предварительно титруется.

III. Титрование смеси свежих отрицательных человеческих сывороток.

Приготовляют из смеси три разведения: 1:2, 1:4, 1:8 в физиологическом растворе. С каждым разведением производится реакция фиксации комплемента в присутствии антигена, отмечается наибольшее разведение, дающее гемолиз во всех трех пробирках.

Чтобы поставить затем реакцию с сыворотками, лишенными собственных гемолизинов, приготовляют два ряда пробирок по три на сыворотку. В каждый ряд наливают физ. раствор, антиген, испытуемую сыворотку, затем в каждые три пробирки I ряда прибавляют 0,1 человеческой вытитрованной гемолитической сыворотки в максимальном разведении (напр. 1:4), в три пробирки второго ряда тоже количество той же сыворотки в разведении вдвое более концентрированном (1:2).

В качестве контроля одновременно с реакцией ставятся в термостат шесть пробирок, в которые наливаются антиген, физиологический раствор и человеческая гемолитическая сыворотка в тех же двух разведениях, которые взяты для реакции. Результаты реакции определяют по тому разведению, которое в контрольных трех пробирках дало гемолиз, т. е. если контрольные пробирки с максимальным разведеним (1:4) дали гемолиз, результат оценивается потому ряду пробирок, где прибавлялась человеческая гемолитическая сыворотка в разведении 1:4. Если же в контрольных пробирках с разведением 1:4 гемолиза не получено, судят о результатах реакции по тому ряду пробирок, где концентрация прибавленной челов. гемолитич. сыворотки в двое больше (1:2).

NB. При большем количестве сывороток удобно a priori предположить, что все испытуемые сыворотки имеют собственные гемо-

лизины в количестве, достаточном для того, чтобы растворить минимально 0,1 бараньих эритроцитов. Все сыворотки таким образом подвергаются основной реакции. После этой реакции все сыворотки распределяются на две группы: первая группа (около 95 процентов всех сывороток), в которой мы имеем готовый ответ и вторая (около 5 проц.), которая должна быть подвергнута дополнительной реакции с прибавлением человеческой гемолитической сыворотки.

Реакция со спинно-мозговыми жидкостями, заведомо не имеющими собственных гемолизинов, ставится так же, как с сыворотками, лишенными гемолизинов с той только разницей, что вместо 0,1, испытуемой жидкости берется 0,3—1,0. Такое увеличение количества жидкости необходимо потому, что в спинно-мозговой жидкости специфических сифилитических реагентов значительно меньше, чем в сыворотке.

Muttermilch в своей работе не останавливается на методе оценки реакции. Вскользь упоминается у него о сыворотках, положительных, отрицательных и частично положительных.

Из нашего небольшого опыта мы пришли к заключению, что степень реакции в описываемой модификации может быть оцениваема так же как в оригинальном Вассермане от одного до четырех плюсов. При этом мы руководствуемся следующим: если имеется задержка с обоими порциями антигена (0,1 и 0,2) мы говорим о +++ или ++++, смотря по степени задержки в обоих пробирках. Если задержка гемолиза получилась только с 0,2 антигена, при полном гемолизе с 0,1 антигена, мы оцениваем реакцию + или ++. Результаты удобнее отмечать после того, как эритроциты успели осесть.

Оценивая свою методику, Muttermilch говорит: он далек от мысли, что эта методика превосходит все другие, ибо очевидно, что всякая методика может служить к серодиагностике сифилиса при условии, если она основывается на законах имуннитета, которые, несмотря на неполную ясность для нас интимного механизма реакции Bordet-Wasserman'a, все же находятся в их основе . С этой точки зрения, чисто теоретической, по мнению Muttermilch'a его методика упрека встретить не может.

По нашему мнению, в методике Muttermilch'a, кроме того, можно указать с точки зрения теоретической на одно очень важное преимущество. При других методах Вассермановской реакции, даже тех, которые применяют инактивированные сыворотки, все же остается нормальный гемолитич. амбоцентор испытуемых сывороток, причем количество этих нормальных амбоценторов весьма разнообразно в разных сыворотках. Для полной точности опыта при постановке RW следовало бы прититровывать комплемент к каждой испытуемой сыворотке, но так как это по своей сложности не может быть практически выполнено, различные сыворотки, с разным количеством собственных гемолитических амбоценторов, попадают не в равные условия опыта, что может привести к ошибочным результатам. В методике же Muttermilch'a каждая сыворотка индивидуализируется по отношению к количеству эритроцитов, которое она может растворить при помощи своих гемолизинов.

Практические результаты реакции, по данным Muttermilch'a, вполне благоприятны. Всего за последние два года в Парижском Институте подверглись исследованию по указанной методике 50.000 сывороток и спинно-мозговых жидкостей. Хотя клинический диагноз больных в большинстве случаев не был известен Muttermilch'y, но по

отзывам клиницистов, направлявших больных, серологический диагноз в общем соответствовал клинической картине.

Помимо этого Muttermilch'ом проведены 1500 исследований по той же методике с проверкой клинической картины больных. При этом не было ни одного случая неспецифических результатов, процент же положительных ответов при сифилисе был значительно выше, чем при других методах исследования. Наконец в 1923 г. на конференции серологов в Копенгагене, эта методика подверглась испытанию при сравнении между собою различных методов фиксации комплемента и осаждения, по их специфичности и чувствительности. Конференция так отзывается о методике Muttermilch'a: „Конференция констатирует, что метод пользования активными сыворотками (техника, практикуемая в институте имени Пастера в Париже) дал в случаях заведуемого сифилиса число положительных результатов больше, чем при методах, коими пользуются другие исследователи.“

Правда, протокол конференции указывает и другое.

„Метод пользования активными сыворотками (техника, практикуемая в Пастеровском Институте в Париже) способен давать неспецифические результаты в большем количестве, чем другие методы“. Muttermilch указывает, что это суждение основано на том, что из 536 исследований в 5 случаях метод Muttermilch'a дал положительный результат у больных, у которых нет прямых указаний на lues, в то время, как другие методы дали в этих случаях отрицательные результаты. Случаи эти следующие:

1. Кровоизлияние в мозг результат положительный
2. Dementia praecox „ „
3. Беременность „ „
4. Беременность частичн. полож.
5. Бленоррея „ „

Из них кровоизлияние в мозг часто связано со специфическим артериитом этиология dementia pracoex—неизвестна. Остальные три случая не исключают одновременного скрытого сифилиса.

Из всего сказанного Muttermilch делает вывод, что его метод один из наиболее чувствительных, опасность же получения неспецифических результатов—*несущественная*.

Наш небольшой опыт с методикой Muttermilch'a, с указанными выше изменениями, обнимает всего 100 случаев. Реакция ставилась с сыворотками, присылаемыми в наш Институт из больниц, и главным образом из Кожно-Венерологического Диспансера для серологического исследования. Результаты, исследования по методу Muttermilch'a сравнивались с результатами исследования по классическому методу Вассермановской реакции (*д-р Гуревич*). Из сравненных 100 сывороток мы получили следующие данные.

В 81 случае результаты обоих реакций совпадали. Расхождения получились в 19 случаях, при чем в 16 случаях Muttermilch'a оказалась чувствительнее *Вассермана*, в трех случаях наоборот,—*Вассерман* оказался чувствительнее.

По собранным сведениям о клинической картине больных, сыворотки которых дали противоречивые результаты, оказалось:

Во всех случаях, где реакция по Muttermilch'y была более чувствительной чем по оригинальному методу, мы имели дело по преимуществу с явлениями Lues'a во II и III стадиях; в некоторых случаях были указания на lues и лечение его в анемнезе, в двух случаях (больные-девочки 8 лет и 3 недель) оказался наследственный сифилис с явлениями lues'a у родителей; в одном из этих случаев у больной—девочки 8 лет—

никаких явлений lues'а не было, в другом случае—девочка 3 недель—клинически была желтуха. Одна сыворотка (Mutterm. ++; Васс.—0) принадлежала больному среднего возраста с клиническим диагнозом tumor cerebri, arteriitis; в анамнезе lues отрицается.

Явно неспецифических положительных результатов таким образом не оказалось.

Из 3 случаев, где *Вассерман* оказался чувствительнее, в одном (Mutterm.—0) указаний на lues клинически не было; в одном случае (Mutt.—0) оказались явления в гортани неясного характера, в третьем случае (Mutt. ++, *Вассерман* ++++) lues в анамнезе.

Из числа исследованных сывороток, давших несогласные между собой результаты, три сыворотки подверглись повторному исследованию, как по классическому *Вассерману*, так и по Muttermilch'у, причем результаты оригинального метода расходились между собой в то время, как методика Muttermilch'а оба раза давала во всех трех случаях тождественные результаты. Такое постоянство можно, пожалуй, об'яснить:

1. Меньшим количеством инггредиентов, что дает меньше поводов для каких нибудь случайностей; 2) уже указанной выше индивидуализацией сывороток в отношении их гемолитической способности.

Несколько рискованно делать определенные выводы на основании такого небольшого количества, как 100 случаев. Но, все же можно сказать:

1. Методика Muttermilch'а является более чувствительной реакцией для диагноза lues'а, чем классический метод RW, отличаясь при этом и большим постоянством.

2. Случаи неспецифических положительных результатов крайне редки.

3. По своей простоте, экономии времени и животных, методика Muttermilch'а имеет преимущество перед другими серореакциями сифилиса.

4. С точки зрения теоретической метод—Muttermilch'а не противоречит принципам реакции Bordet-Wassermana, вводя, кроме того, большую точность в реакцию, благодаря титрованию гемолизинов каждой сыворотки.

Все это дает методике Muttermilch'а полное право на дальнейшее существование и изучение.

Таблица 1.

Реакция фиксации комплемента—основной опыт.

Физиол. раствор	Антиген	Испытуемая сыворотка	5 проц. эмульсии бараньих эритроцитов
0,2	0,1	0,1	0,1 или 0,2 или 0,3
0,1	0,2	0,1	0,1 „ 0,2 „ 0,3
0,3	—	0,1	0,1 „ 0,2 „ 0,3
1½ часа в термостате при 37°			Смотря по тому, чему равен гемолитич. индекс. 0,3; 0,6 или 0,9 30-40 минут в термостате.

Таблица 2.

Определение гемолитического индекса.

Испытуемая сыворотка	5 проц. эмульсия бараньих эритроцитов
0,1	0,3
0,1	0,6
0,1	0,9

$1^1/_2$ часа в термостате.

Таблица 3.

Титрование смеси человеческих отрицательных сывороток

Физиолог. раствор	Антиген	Разведение смеси 1 : 2	Бараньи эритроциты
0,2	0,1	0,1	0,1
0,1	0,2	0,1	0,1
0,3	—	0,1	0,1

$1^1/_2$ ч. в термостате 30 мин. в термостате.

Тоже с разведением 1 : 4 и 1 : 8.

Таблица 4.

Реакция фиксации комплемента с сыворотками, не имеющими собственных гемолизинов

Физиолог. раствор	Антиген	Испытуемая сыворотка	Челов. гемолит. сыворотка максимального разведен.	Бараньи эритроциты
0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
—	0,2	0,1	0,1	0,1
0,2	—	0,1	0,1	0,1

$1^1/_2$ ч. в термостате $^1/_2$ час. в термостате.

То же с человеческой гемолитич. сывороткой двойной концентрации.

Таблица 5.

Контроль для последнего опыта

Физиолог. раствор	Антиген	Человеческая гемолитическая сыворотка максимального разведения	Бараньи эритроциты
0,2	0,1	0,1	0,1
0,1	0,2	0,1	0,1
0,3	—	0,1	0,1

$1^1/_2$ ч. в термостате $^1/_2$ ч. в термостате

Тоже с челов. гемолит. сывороткой двойной концентрации.

Таблица № 6.

Постановка опыта фиксации комплемента со спинно-мозговыми жидкостями.

Физиологич раствор	Антиген	Спинно-мозговая жидкость	Человек. гемолит. сыворотка максимального разведения	Бараньи эритроциты
0,1	0,1	0,3—1,0	0,1	0,1
—	0,2	0,3—1,0	0,1	0,1
0,2	—	0,3—1,0	0,1	0,1
	1½ ч. в термостате			30-40 м. в термостате.

Тоже с челов. гемолит. сывороткой двойной концентрации.

Таблица № 7.

Титрование антигена в присутствии трех положительных (P_1, P_2, P_3) и трех отрицательных (N_1, N_2, N_3) сывороток.

Физиолог. раствор	Антиген	Сыворотка	Бараньи эритроциты
0,2	0,1	0,1	0,1
0,1	0,2	0,1	0,1
0,3	—	0,1	0,1
1½ ч. в термостате.			½ ч. в термостате.

P_1	P_2	P_3	N_1	N_2	N_3
Разведение антигена 1:5					
1*	4	7	10	13	16
2	5	8	11	14	17
3	6	9	12	15	18
Разведение антигена 1:10					
19	21	23	25	27	29
20	22	24	26	28	30
—	—	—	—	—	—
Разведение антигена 1:20					
31	33	35	37	39	41
32	34	36	38	40	42
—	—	—	—	—	—

И т. д. с развед. антигена 1:40, 1:80, 1:160 и 1:320.

Литература:

[1]) Muttermilch. La technigue du sero-diagnoltic de lasyphilis actuellement employèe à l'institut Pasteur á Paris. Annales de l'institut Pasteur 1924. September.

[2]) Сквирский. Теория и практика новейших серологических реакций на сифилис 1923.

[3]) Muller. Серодиагностика сифилиса. 1914.

*) Номера пробирок.

Клиническая медицина.

I Клиника туберкулеза в свете современной биологии.

Д-р Е. Л. Маршак

Ассистент Фак. Терап. Клиники БГУ.
(Директор Клиники проф. С. М. Мелких).

„Не разглядывание подробностей строения двери через увеличительное стекло, а стук в нее открывает путь к познанию“.
Prof. Much—Aphorismen Zum Heilproblem.

Слишком поздно у постели больного фтизика встает перед нами вопрос, было ли в далеком прошлом пациента достаточно времени и возможностей предупредить надвигающуюся катастрофическую развязку.

И тогда рельефно вырисовываются два пути: с одной стороны—мы вспоминаем о профилактических мероприятиях, которые исключили бы доступ самой инфекции; с другой стороны—о своевременной терапии после проникновения туберкулезного возбудителя. Кто решится оспаривать эти положения? Но сюда вклинивается и третий момент, сразу ограничивающий эти профилактические контингенты—еще до сего времени трудно разрешимый вопрос, почему среди огромного числа случаев латентного туберкулеза одна часть падает жертвой „чахотки“, другая, совершенно незаметно, до глубокой старости без малейших проявлений симптомов туберкулезного заболевания справляется с этой инфекцией?

Можем ли мы точно установить момент внедрения в организм столь распространенного возбудителя, как коховская бацилла?

В наиболее авторитетных статистиках секционного материала мы находим только подтверждение „факта легочных изменений“ гистологического или хронического туберкулеза (Naegeli, Libermeiste), статистика туберкулиновых проб устанавливает уже к 14 летнему возрасту до 90 проц. положительных реакций (Baumgarten, Pirquet), учет анамнестических данных у Kraemer'а в одинаковой степени, как тяжелых больных так и легких только в половине случаев дает указания на возможность инфицирования окружающей средой—близкими родными, плохими гигиеническими условиями и т. д. Имеется ли у нас достаточно оснований и по нашим клиническим анамнестическим материалам и по данным повседневной практики винить одну только внешнюю среду, весь вопрос заражения свести только к массивной инфекции. Отрицать последнюю, конечно, не приходится—слишком много живых примеров; но нельзя пренебречь и другими фактами. Половина туберкулезных, не дающих никаких указаний, связанных со средой воспитания; заболевание туберкулезом, или вернее, реактивность годовалых детей, изолированных от матерей с момента рождения, смерть грудных детей в короткий после рождения срок с наличием на секции

уже старых изменений, как каверны...., не достаточно ли говорят за возможность конгенитального заражения, intrauterinn'ого, не в меньшей степени, чем extrauterinn'ого, а, может быть, и в гораздо больших размерах, чем мы это представляем. Если аналогия с lues'ом по течению болезни нашла свое оправдание в современной классификации туберкулеза—первичного, вторичного и третичного стадия (периода по Ranke)—не теряется ли также первичность симптомов, „Prima affectio" так же, как при наследственном сифилисе, в утробной жизни плода. Если так, то все понятия о конституции, экспозиции, диспозиции, наследственности уже облекаются в материальный покров—*биологическое состояние организма конгенитально инфицированного.*

Здесь мы можем согласиться в достаточной мере с Kraemer'ом и др. фтизиатрами также и в „этилогической" аналогии ТВС с наследственным lues'ом, если в патогенезе туберкулеза уже принята аналогичная классификация. Ведь не мало случаев положительной вассермановской реакции у людей, не дающих никаких проявлений luesa в течении жизни, т. е. только „биологически" носящих отпечаток luesa, поскольку мы не оспариваем значения Вассермана.

Дальнейшие этапы биологической игры в клетках борющегося организма придают ему схематическое изображение дерева, корни которого уходят вглубь наследственности (определяющей иммунное состояние первых лет жизни в связи с prima affectio), ствол, отражающий всю напряженность биологического состояния организма в период роста и созревания и, наконец, верхушку—многогранный отпечаток долголетней борьбы в отдельных органах, преимущественно в легких, венец победы организма или его возбудителя.

Патолого-анатомические выражения этих эпох—*первичный стадий*—Гоновский „Primäraffect", *вторичный*—с явлениями метастазирующего туберкулеза (лимфомы, плевриты, плевритиды, extrapulmonal'ные проявления туберкулеза) и также явления с принятыми обозначениями эксудативного диатеза [1]) и, наконец, *третичный*—с изменениями уже самой легочной ткани, настоящим „фтизисом". В этой схеме опущен момент острых и миллиарных форм туберкулеза, которые не более часты, чем септические заболевания после фурункулеза, и рассмотрение которых, как тождественных анафилактическим явлениям, не входит в схему течения обычного хронического туберкулеза.

Чем проявляется биологическая характеристика изображенных эпох? Здесь мы подходим к самой сущности биологической проблемы, от которой клиника вправе требовать разрешения тех вопросов, в которых нам до последнего времени отказывала общая патология.

Биологическое состояние организма определяется так называемыми аллергическими или целесообразными реактивными явлениями. Способность ребенка в первые годы жизни положительно реагировать на туберкулин следует принять уже за выражение биологических процессов, уже за проявление клеточной игры в молодом организме между внедрившимся intra или extrauterinn'о туберкулезным антигеном и выработанными за время первого существования ребенка антителами. Эта аллергия может подвергаться колебаниям. Так, при кори и непосредственно после перенесения ее, она исчезает с тем, чтобы вновь потом проявлять себя в достаточной степени. Усиление реактивности

---

[1]) По мнению большинства фтизиатров под последними следует понимать только симптоматологию латентного туберкулеза.

в течение латентной туберкулезной эпохи для клинициста и современного фтизиатра получают свое выражение в дальнейшем метастазировании туберкулезной инфекции; для биолога же они получают опору в виде аллергических телеологических клеточных комплексов.

Лимфомы, эксудативный плеврит с их благоприятными прогностическими отношениями, биолог трактует как проявления компенсирующей реактивности соответствующих тканей и клеток. Биологическую реакцию лимфатических желез связывают с их липолитической функцией, которая находит опытное оправдание: вытяжка лимфатических желез задерживает рост туберкулезных бацилл и ослабляет их вирулентность. Та же ферментативная способность среди других клеток приписывается особенно лимфоцитам, играющим большую роль в расщеплении липоидов и жиров коховских бацилл. Характерно специальное изменение картины крови в сторону лимфоцитоза, отмеченное [1]) Шульцем при туберкулезе бронхиальных желез. Достойна быть отмеченной та биологическая роль при туберкулезе, которая приписывается гематологом проф. Schilling'ом лимфоцитам, увеличение которых в крови он характеризует как фазу „выздоровления".

Иммунно-биологическое значение плевритов считается давно принятым фактом среди клиницистов. Благоприятное влияние чистых плевритов Bandelier и Roëpke приписывают компенсирующей биологической реакции эндотелиальных плевральных клеток. „Уже Königer'ом было замечено, что часто даже малые и в короткое время всосавшиеся плевральные эксудаты оказывали лечебное действие там, где никак нельзя было толковать о механическом моменте в смысле поджатия и приведения в покой больного легкого [2]). Könniger поэтому принимает особое, ближе неоценимое, биохимическое действие плевральной реакции [3]). С своей стороны мы считали бы уместным подчеркнуть богатое содержание лимфоцитов в плевральном эксудате, о биологическом значении которых в производстве антител resp. антилипоидов достаточно убедительно говорят работы Much'a, Schmidt'a и др.

Высокую степень реактивности проявляет также и соединительная ткань. Биологическая роль последней в смысле активной иммунизации признана Ehrlich'ом, Wasserman'ом и др. Исследования с партигенами показывают, что степень фиброза растет параллельно аллергии. Если в общей патологии соединительной ткани уделяется преимущественно пассивная, механическая роль опорной ткани, то современная биология, как мы видим, отмечает за нею особенно высокую реактивность. „Высокую степень фиброза следует считать аллергическим свойством соединительной ткани" (D-r Emil Szasz—Partigen Studien). Kögel находил высокую степень реактивности, главным образом, при хронических фиброзных случаях. Женщины с фиброзными процессами без ущерба могут переносить беременность (цитир. там же).

Ожидая в недалеком будущем полного подтверждения экспериментальной биохимией указанных биологических положений, мы вполне присоединяемся к представлению об аллергических свойствах раз-

---

[1]) Br. Beitr B. 21.

[2]) В совместной с проф. Мелких работе „О внутриплевральном введении небольших количеств воздуха для лечения начальных форм легочного туберкулеза" мы самостоятельно пришли к тем же выводам, об'ясняя терапевтический „эффект биохимической плевральной реакцией. Доклад на 3 Всесоюзном с'езде по борьбе с туберкулезом. Харьков 1924 года.

[3]) Hans Gussenheimer Br. Beitr. B. 40.

личных тканей, и особенно соединительной, проявляющих свою высокую реактивность, когда организм переполняется антигенами. Основная задача клиники, таким образом, сводится не столько к учету сил возбудителя, сколько к биологическому состоянию организма; не вирулентность микроорганизма, а компенсирующие иммунно-биологические силы макроорганизма, реактивная способность комплексов его клеток должна быть в центре наблюдения и изучения клиники туберкулеза.

26-ое сентября 1926 г.

Показания и противопоказания к лечению туберкулезных больных искусственным пневматораксом *).

Ординатор клиники С. И. Мазель.

(Директор клиники профессор С. М. Мелких).

За последнее время туберкулез в городе и в деревне принял совершенно разное течение.

В городах, где ведется большая профилактическая работа и раскинута целая сеть противотуберкулезных учреждений, все формы туберкулеза в том числе и начальная в виде—анемий, неврастений, бронхитов находятся под наблюдением врачей-специалистов.

Ранняя диагностика этих случаев, беседы с больными относительно образа жизни и работы, а также правильное лечение уже развивавшегося процесса дает значительно более благоприятное течение.

В деревне же где туберкулезный процесс диагносцируется слишком поздно, мы встречаем значительное количество открытых, эксудативных форм с распадом ткани, с образованием полостей, с быстрой диссеминацией процесса и поражением других органов.

У нас в СССР, при большой недостаточности стационарных коек, нет возможности каждому такому больному, нуждающемуся в санаторном или больничном лечении предложить таковое, и наконец, в целом ряде случаев санаторное лечение бессильно бороться с болезнью.

Одним из самих могучих и радикальных методов лечения тяжелых форм туберкулеза легких в настоящее время несомненно является искусственный пневматоракс, который особенно рекомендуется для лечения трудящихся масс, не имеющих возможности продолжительное время оставаться в санаториях и на курортах, и нуждающихся в быстром восстановлении трудоспособности.

Близкое знакомство с сущностью операции, ее клиникой, показаниями и противопоказаниями стало насущной необходимостью каждого врача, а в особенности врача, интересующегося легочным туберкулезом.

Целебное действие пневматоракса зависит главным образом от того, что под влиянием колляпса происходит глубокое изменение кровяной и лифматической циркуляции, и вследствие этого уменьшение или остановка бациллярного процесса.

При этом мы часто наблюдаем, что в связи с этим происходит как бы биологическая перестройка организма, и эксудативный процесс часто принимает продуктивное течение.

Что касается хорошего влияния пневматоракса на второе легкое (если в нем имеется процесс), то Форлянини об'ясняет это компенсаторным усилением дыхательной функции, которое оказывает благотворное профилактическое и целительное действие на начальные процессы.

---

*) По материалу факультетской терапевтической клиники Белорусского Государственного Университета.

Исходя из этого Форлянини предлагает даже далеко зашедшие случаи легочного туберкулеза—лечить абсолютным покоем органа, т. е. наложением искусственного пневматоракса, начальные же формы усилением функции.

Заугман считает, что здесь целительным фактором является гиперемия.

В последнее время улучшение процесса на другой стороне об'ясняется тканевым иммунитетом и изменением биотонуса клетки под влиянием уменьшения токсэмии.

Показания.

Первые годы искусственный пневматоракс применялся исключительно в безнадежных, далеко зашедших, случаях.

В настоящее время, когда техника операции достаточна разработана, когда выяснилось, чем обусловлено благополучное послеоперационное течение, показания к пневматораксу значительно расширены, и при решении вопроса об операции принимаются во внимание не только клинические показания, но и социальные и финансовые условия жизни больного.

Часто врач бывает лишен возможности испытать у неимущего больного санаторно-гигиеническое лечение и легочный процесс, раз начавшись, идет вперед.

Многие случаи легочного туберкулеза должны считаться безнадежными не столько по анатомическому и клиническому характеру заболевания, сколько в силу побочных обстоятельств, и в таких то случаях пневматоракс может принести огромную пользу.

Сначала операция считалась показанной главным образом при односторонних, распространенных процессах или при наличии так же неактивных стационарных поражений и на другой стороне.

Но в последнее время показания к операции значительно расширены.

Уже Брауэр в единичных случаях получал хорошие результаты и при активных фокусах в другом легком, если эти поражения были необширны и расположены вблизи верхушки.

Заугман, исходя из теоретического положения, что компенсаторная деятельность второго легкого оказывает благотворное влияние на туберкулезный процесс, считает операцию допустимой в тяжелых случаях, где одно легкое поражено на большом протяжении, а в другом процесс захватывает не более ½ дыхательной поверхности и расположен в верхней доле.

В тех случаях, которые на основании клинического течения признаны безнадежными, врач обязан предложить больному операцию и произвести ее как можно скорее: в таких случаях не приходится даже особенно считаться с состоянием второго легкого.

Вельман и Форлянини в 1908 году предлагают применить операцию в случаях, не имеющих большого анатомического протяжения, но обнаруживающих наклонность к постоянному прогрессированию и в *начальных стадиях*, когда по финансовым соображениям нельзя больному провести санаторно-диэтетического лечения или последнее не оказывает влияния на процесс.

Широкие показания к операции Форлянини, Вельмана и Заугмана, а так же значительное сокращение срока пребывания больного в лечебном заведении при лечении искусственным пневматораксом должно особенно обратить на себя внимание русского врача.

В настоящее время показания к пневматораксу делятся на абсолютные и относительные.

Абсолютными называются показания, где по клиническому течению больной без пневматоракса должен погибнуть.

Относительными, где общее состояние больного не требует быстрого вмешательства.

В этих случаях приходится учитывать — возраст, профессию, социальное положение больного и характер процесса.

1. *Абсолютные показания* к пневматораксу должны быть выработаны не на основании анатомической *протяженности* процесса и имеющихся в легком патолого-анатомических изменений, а главным образом на основании клинического течения и биологического состояния организма больного.

Мы должны оценивать туберкулезного больного не только по поражению легочной ткани, но в какой мере он способен на самозащиту против туберкулезных токсинов, в какой мере он способен нейтрализовать те вредные вещества, которые продуцирует туберкулезная палочка.

Один больной с кавернами в легком компенсирует свою токсэмию и такой больной может существовать десятки лет и оставаться работоспоспособным.

Другой, с ничтожными анатомическими изменениями в легких, вырабатывает антитела в недостаточном количестве или вовсе их не вырабатывает, и организм такого больного становится свободной ареной для туберкулезных токсинов, больной не может компенсировать своей токсэмии, (он, как принято выражаться, находится в стадии декомпенсации).

Клинически это проявляется—высокой температурой, прогрессивной потерей веса, профузными потами, потрясающими знобами, и такой больной может погибнуть в течение короткого времени.

Именно у этой последней категории больных пневматоракс является жизненно показанным и *единственным средством предотвращения близкой смерти.*

2-м абсолютным показанием к пневматораксу является *легочное кровотечение.*

В данном случае мы должны принять во внимание не смерть больного от потери крови, что бывает в очень редких случаях, а те осложнения, которые наступают после легочного кровотечения, а именно-- аспирационные пневмонии и так называемые секундарные анемии, имеющие характер пернациозных анемий в связи с большой потерей крови.

Инфекционный характер этих пневмоний стоит в связи с кровью, аспрированной из загрязненных каверн.

Судьба их различна: или они рассасываются бесследно, или чаще они являются хорошей почвой для туберкулезного процесса и превращаются в казенные пневмонии, которые протекают при высокой температуре, и ведут к образованию каверн в нижних долях.

Чем бы мы ни об'ясняли действие пневматоракса при легочном кровотечении, он является единственным верным средством, если его удается наложить.

3. Важным показанием к операции должна считаться предстоящая или уже наступившая *беременность.*

В таких случаях пневматоракс, иммобилизируя больной очаг, дает матери возможность донести ребенка до конца, уменьшает опасность

будущих родов и послеродового периода, совершенно не отражаясь на развитии плода.

Вопрос о пневматораксе должен быть поставлен каждый раз раньше, чем вопрос об аборте.

4. Наложение пневматоракса показано во всех не далеко зашедших случаях, когда процесс не выказывает *наклонности к затиханию*.

5. Когда исключена возможность предложить больному *климатическое или санаторное лечение*.

Таковы в главных чертах показания к наложению искусственного пневматоракса на основании общепризнанных данных, имеющихся в современной литературе. Эти показания имеют в виду по преимуществу так называемую колляпс-терапию (стремление к полному поджатию легкого) и Entspannugspneumoth. (частичное, локальное поджатие).

Что касается нашей клиники, то со времени 3-го Всесоюзного противотуберкулезного с'езда, на котором профессор Мелких совместно с доктор. Е. Маршак выступил с предложением лечить начальные формы легочного туберкулеза повторным введением в плевру небольших количеств воздуха, мы различаем еще 3-ю форму пневматоракса лечение малыми дозами воздуха—аэротерапию, в которой проф. Мелких об'ясняет терапевтический эффект не поджатием легкого, а воздействием воздуха на туберкулезную ткань через лимфатические пути.

Установление 3-й формы пневматоракса и взгляд на терапевтический эффект от присутствия самого воздуха в полости плевры еще более расширяет показания к наложению пневматоракса.

А именно мы применяем последний вид пневматоракса не только в начальной стадии легочного туберкулеза, но и при распространенных процессах, где колляпс-терапию и частичный пневматоракс проводить нельзя, вследствие значительного уменьшения респираторной поверхности.

Это особенно касается тех случаев, где приходится накладывать двухсторонний пневматоракс.

Противопоказания.

Познакомившись с показаниями к операции, посмотрим, когда ее нужно считать противопоказанной.

1. Самым частым вопросом, который приходится здесь решать является вопрос о возможности накладывать пневматоракс при *2-х сторонних процессах.*

Большинство современных фтизиологов сходятся на том, что сам по себе двухсторонний процесс еще не служит противопоказанием к наложению пневматоракса на одной стороне.

Необходимо знать, как протекает процесс во втором легком, каково его распространение.

Если он выказывает явную наклонность к прогрессированию и если он очень распространен это служит *противопоказанием* к коляпс-терапии, но отнюдь не исключает возможности умеренного Entspannungs pneumoth с медленным и постепенным поджатием.

При первых признаках обострения во втором легком или появления одышки операцию само собой следует приостанавливать.

2. Поражения *гортани и кишечника* всегда заставляют сомневаться в целесообразности наложения пневматоракса.

Dumarest отмечает на своих больных, что пневматоракс часто служит толчком к усилению кишечных явлений, и он считает вообще,

что устранение одного болезненного очага стимулирует активность других, а потому находит пневматоракс противопоказанным даже в легких случаях энтерита.

Однако, прежде чем отказаться от наложения пневматоракса у больных с осложнением со стороны гортани или кишечника при наличии явлений токсэмии необходимо выяснить отчего зависит последняя.

При зависимости от состояния легких, искусственный пневматоракс безусловно может дать полезный эффект не только общий, но и местный.

3. Пневматоракс противопоказан при *острых нефритах*, особенно при наличии *уремических явлений*. Но заболевания почек, как результат длительной туберкулезной интоксикации, должны служить наоборот показанием к наложению пневматоракса.

Поджимая легкое и ослабляя источник токсэмии мы тем самым ставим почки в более благоприятные условия жизнедеятельности.

4. Пневматоракс вреден при серьезных поражениях *сердца и крупных сосудов*.

Сюда относятся: миокардиты на почве хронических интоксикаций, жировое перерождение сердечной мышцы, тяжелые пороки сердца, склерозы аорты.

Опасность пневматораксов при болезнях сердца и аорты обусловливается или смешением названных органов вместе сосредостением, или быстро наступающими изменениями давления в малом кругу.

При желательности наложения искусственного пневматоракса у сердечного больного, всякое заболевание сердца должно быть соответственным образом учтено, так как пневматоракс требует от сердца усиленной работы.

5. Колляпс-терапия противопоказана при тяжелых формах *диабета с большим количеством сахара в моче и ацетонурией*. Но осторожный Entspannugspneumoth. при более легких формах диабета может дать заметное улучшение.

6. Состояние *нервной системы* приходится учитывать перед наложением пневматоракса.

Суб'екты *нервные*, с наклонностью к обморокам, с повышенными рефлексами, требуют осторожности, так как могут дать плевральную эклямпсию.

Dumarest описывает один случай, где имелись все показания к пневматораксу, но после первой, очень быстро и легко сделанной, пункции у больной появился род ауры с возбуждением, криками и угрожающими конвульсиями, и от пневматоракса пришлось отказаться.

В другом случае на грудной клетке была эпилептогенная зона, и во избежание припадка необходимо было колоть вне этой зоны.

7. Тот или иной *возраст* не является противопоказанием к наложению пневматоракса, но все же приходится особенно выделить детей и лиц пожилых.

Дети дают хорошие результаты при лечении пневматораксом, но при этом необходимо принять во внимание, что пневматоракс у детей вызывает быстрое смещение средостения и уплощение соответственной половины диафрагмы, и потому нужно очень медленно и постепенно повышать давление.

Наложение пневматоракса у больных *в пожилом* возрасте должно быть очень осторожным—из опасения нанести травму перерожденным

сосудам и в таких случаях к операции нужно прибегать только при исключительных показаниях—при сильной *интоксикации* или при *легочных кровотечениях.*

8. Пневматоракс противопоказан *при казеозных лобарных пневмониях* в виду невозможности сдавить болезненный очаг.

9. *Плевральные сращения* являются собственно не противопоказание, а лишь препятствием к наложению пневматоракса; иногда все же удается преодолеть обширные спайки и получать достаточной величины частичный пневматоракс с хорошим эффектом.

10. Не следует накладывать пневматоракс во всех тех случаях, когда заведомо ясно, что больной неизбежно должен погибнуть, так как это только дискредитирует метод в глазах лиц, чуждых медицины.

Сюда относятся больные *с резким упадком* общего состояния, граничащего с кахексией, вызванного туберкулезом или другими заболеваниями, как диабет или нефрит.

Время наложения пневматоракса.

В настоящее время к мнению о раннем наложении пневматоракса присоединяется большинство фтизиологов.

Ранний пневматоракс имеет то огромное преимущество, что: 1) организм больного, не ослабленный кахексией, имеет еще достаточно хорошую сопротивляемость; 2) он предупреждает кровохаркание и образование новых фокусов, а также; 3) осложнения со стороны второго легкого, гортани или кишечника; 4) в свежих процессах отсутствуют плевритические сращения, и пневматоракс может быть полным, что способствует переходу открытого процесса в закрытый, и делает больного *не заразным* для окружающих, вследствие прекращения выделения мокроты; 5) ранний пневматоракс потребует и значительно меньше времени, так как продолжительность лечения пропорциональна силе поражения.

Burnond опубликовал следующие демонстративные факты: у больных леченных ранним пневматораксом смертность 40 проц., у больных с таким же процессом, где пневматоракс не был наложен из-за плевральных сращений—смертность 80 проц.

Наш клинический материал.

В 1924-25 академическом году в Факультетской терапевтической клинике БГУ всецело придерживались изложенного взгляда на показания, противопоказания и время наложения искусственного пневматоракса.

Через туберкулезное отделение клиники всего прошло 42 туберкулезных больных, леченных искусственным пневматораксом.

Из этих 42 больных пневматоракс был прекращен, вследствие внезапного от'езда больных в деревню в 3 случаях. Таким образом всего лечилось искусственным пневматораксом 39 туберкулезных больных.

Мужчин—13, женщин—26.

По возрасту—37 больных от 16 до 35 лет, 2 больных 47 лет.

По патолого-атомическому течению их можно разбить на 3 группы.

1. Эксудат. продук.—6 случаев.
2. Эксудативных—23.
3. Эксудативно-ульцерозных—10.

Из всех 39 больных процесс можно было назвать:

1. Строго односторонним—12 случаев.

2. Относительно односторонних, т. е. с незначительными изменениями на другой стороне—5 случаев.

3. Двухсторонним—с большими изменениями на другой стороне—21 случай.

У перечисленных больных пневматоракс был наложен, вследствие сильного легочного кровотечения в 3 случаях и у 12 больных, вследствие продолжительной и упорной высокой температуры.

У двух больных легочный процесс был осложнен лярингитом.

Результаты лечения следующие:

1. Полный колляпс легкого—13 случаев.
2. Частичное сжатие Entspannungs pneumoth.—20 случаев.
3. Лечение небольшими дозами воздуха—6 случаев.

Особенного внимания заслуживают случаи, леченные небольшими дозами воздуха. Наиболее демонстративные из них позволю себе кратко привести.

1 Больной Ш. 24 лет по профессии наборщик, поступил в туб. отделение клиники 30 ноября с жалобами на боль в груди, сильный кашель, потрясающие знобы и поты и лихорадочное состояние (с утра температура 36,6—36,8, вечером 39,4--40о.

Больным себя считает с июня 1924 года, когда стал отмечать слабость, головокружение, изредка небольшие поты по ночам.

В сентябре появился сухой, отрывистый кашель, температура к вечеру поднималась до 40^0, сильные ночные поты.

С 10 октября по 10 ноября больной находился в отпуску по комиссии, за это время в состоянии его здоровья никаких изменений не произошло.

С 10 ноября больной опять приступил к работе в типографии, несмотря на общее плохое самочувствие и вечернюю температуру до 40^0, а 30 ноября поступил в клинику.

Вес при поступлении 50,8 клг., реакция Пирке положительная на разведении 100 проц. 30 проц., 10 проц. в мокроте бациллы Коха $\frac{3-5}{1}$L, эластические волокна не найдены.

Больной очень худ и бледен.

Справа--притупление до пол лопатки и до 2 ребра, подвижность диафрагмы ограничена, дыхание жесткое с удлиненным выдохом, повышенная бронхофония в области притупления. В надлопаточной области, над и под ключицей звонковатые мелкие влажные хрипы в незначительном количестве.

*Рентген—*затемнение *справа* до пол лопатки и до 3 ребра, под ключицей светлое пятно величиной в грецкий орех (са), *слева* увеличенный Гилус, перибронхитические тяжи.

Больной провел в клинике 2 месяца, за это время пневматоракс был ему наложен 5 раз.

Количество вводимого воздуха 90—180 кб. через 7—10 дней.

Пневматоракс удавалось накладывать с трудом при том только между вторым и третьим ребром спереди из-за плевральных сращений.

15 февраля при об'ективном исследовании больного:

Справа перкуторный звук громкий, дыхание ослабленное, в надлопаточной области одиночные влажные хрипки.

Аппетит, сон хороший, температура совершенно нормальная. В весе прибавился 9 *kilo*, кашель очень незначительный, мокроты отделяет мало, бациллы Коха 1—0 в препарате.

21 февраля больной выписался домой при хорошем общем самочувствии и вновь приступил к работе.

В дальнейшем в этом случае не удалось из-за сращений вводить воздух, но два месяца спустя этот больной остался с нормальной температурой, работоспособным.

2. Больная К. 33 лет, крестьянка, поступила в клинику 24-I-25 г.

Заболела в августе 1924 года; после родов—появилась боль в левом боку, слабость, кашель, ночные поты.

В сентябре 1924 года—охрипла.

Мокрота—бац. Коха $\frac{1-2}{1}$L эластические волокна найдены, реакция Пирке положительна на 100%, 30%, Stat. praes. Больная очень бледна и слаба совершенно не поднимается с постели, говорит только шопотом.

Слева—притупление в области нижней доли, подвижность легочных краев ограничена, дыхание ослаблено, удлиненный выдох в области верхушки, над ключицей, в межлопаточном пространстве и в области нижней доли—влажные хрипы.

Справа—приглушение в надключичной области, дыхание ослабленное, мелкие влажные хрипы незвучные в межлопаточном пространстве.

Лярингоскопия—слизистые оболочки в области гортани бледны, выпячивание ложных голосовых связок.

С января по июль больной накладывался пневматоракс на левое легкое—один раз в 10—14 дней по 150 200 кб.

Всего таких вдуваний сделано 12.

После 5 пневматоракса больная начинает говорить более громко и подниматься с постели.

18-6 Больная выписывается из клиники значительно окрепши, говорит и ходит хорошо.

Слева—перкуторный звук громкий, дыхание ослабленное, хрипы в очень незначительном количестве под ключицей.

Справа—в межлопаточном пространстве хрипы исчезли.

Температура многими днями нормальная, изредка 37,1—37.2.

В весе с 27-3 (при поступлении больная из-за сильной слабости не могла быть взвешена) прибавила 6,5 *kilo*. Аппетит, сон хороший, потов нет, больная не кашляет и не отделяет мокроты.

3. Больной Л. 15 лет.

Заболел в первых числах июня 1924 года, после того, как пролежал на мокрой траве.

20 июня слег в постель с температурой 39,6°, несколько дней температура оставалась такой высокой, а затем снизилась до 36,8° ут.—37,6°—38° веч.

Мокрота—бац. Коха $\frac{8-10}{1}$L

Июль месяц провел в санатории под Витебском.

В санаторной карте отмечено: „При поступлении—укорочение перкуторного звука над обоими легочными верхушками, в обоих легких много влажных хрипов, в мокроте до 8 палочек в поле зрения“.

При выписке из Санатории активация процесса в обоих легких, потеря в весе на один фунт.

В Минске больной начинает лечиться исскуственным пневматораксом амбулаторно при клинике.

Всего сделано 4 вдувания—6,14, 30 августа и 12 сентября по 200-250 кб.

Stat. praes. к 15 сентябрю, кашель редкий, общее самочувствие хорошее, мокроты отделяет меньше вместо прежних полстакана 20 кб.

Бациллы Коха отыскиваются с трудом в количестве 0—1 в поле зрения, в весе прибавил 12 фунтов, температура изредка 36,9°—37,4°, а многими днями совершенно нормальная.

Об'ективно—приглушение над *левой* верхушкой, дыхание жесткое, хрипы исчезли.

27-12. Больной вернулся из Крыма после 3 месячного пребывания в Санатории.

Вначале там была сделана попытка продолжать пневматоракс, которая не удалась из-за плевральных сращений и больной подвергся только климатическому лечению.

Общее самочувствие по возвращении хорошее, кашля нет, мокрота в очень незначительном количестве по утрам, бац. Коха не найдены, температура нормальная, изредка 37,1°, в весе прибавил 8 *kilo*.

Об'ективно—притупление перкуторнаго звука над *левой* верхушкой сзади, спереди звук ясный, дыхание жесткое, хрипов нет.

В настоящее время больной чувствует себя совершенно здоровым, занимается и в занятиях не отстает от своих сверстников.

Во всех этих 3 случаях значительное улучшение достигнуто не частичным поджатием легкого, а лишь небольшими дозами воздуха—*аэротерапией*.

Исход лечения наших клинических больных можно разбить на 4 группы.

1. Группа—значительное улучшение—20 больных.
2. „ —удовлетворительные результаты—13 больных.
3. „ —без изменений . . . . — 1 больная.
4. „ —ухудшение. . . . . — 5 больных.

Из *20 больных 1 группы:* процесс был *односторонний* у 11 б.
Относительно односторонним . . . . в 3 случаях.
Двухсторонним . . . . „ 6 „
Процесс был *эксудативным* . . . . „ 12 „
„ „ *ульцерозным* . . . . „ 4 „
„ „ *продуктивно-эксудативным* . . . „ 4 „

В результате лечения этой группы:
вполне работоспособны . . 12 человек.
частично „ . . 8 „

У 8 больных этой группы *мокрота вовсе исчезла*, *5—не имеют туберкулезных палочек в мокроте.*

У 7 мокрота *в незначительном количестве*, но в последней находятся туберкулезные палочки.

4 больных этой группы до начала лечения имели нормальную температуру.

У *10* температура в течение продолжительного времени была 38°—40°.

У *6* температура была субфебрильной.

У всех больных температура после пневматоракса снизилась, а у *13* совершенно дошла до нормы.

Питание и состояние сил у больных значительно улучшились.

Прибавка в весе:

У *16* больных от 3 *kilo* до—11 *kilo*
3 больных прибавили по 1 *kilo*
1 больная в весе не прибавила.

У 2 больных этой группы при начале лечения было поражение гортани и у обоих больных горло совершенно прошло под влиянием пневматоракса, так как специального лечения не проводилось.

2 группа—удовлетворительные результаты—13 больных.

Из 13 больных этой группы:
Процесс был односторонним . . . . . 1 больная.
„ относительно односторонним в . 4 случаях.
Двухсторонним . . . . 8 случаях.
Продуктивно-эксудативным. . . . . . 1 случай.
эксудативным . . . . . 7 случаях.
ульцерозным . . . . . 5 случаях.

Из 12 больных этой группы *вполне работоспособны* . . *4*
частично работоспособны . *8*
неработоспособна *1*

Не выделяет мокроты—1 больная.

У 12 остальных кашель и мокрота *значительно уменьшились*, бациллы Коха в мокроте содержатся.

У 6 больных температура до наложения пневматоракса была высокой 38°-39°.

У *4* температура была субфебрильной.

У *3* температура была нормальная.

У всех больных температура после пневматоракса снизилась, а у *6 дошла до нормы.*

Прибавка в весе:

У 9 больных от 1,5—5 *kilo.*
3 больных вяло поправляются.
1 больная в весе не прибавляет.

3 группа—без изменений—1 больная.

Эта больная с тяжелым двухсторонним деструктивным процессом и диабетом.

Суточное количество сахара *до* пневматоракса 108 гр., ацетон резко положительный.

Этой больной применялся двухсторонний пневматоракс и одновременно ин'екции инсулина.

После двухмесячного пребывания в клинике, общее состояние больной несколько улучшилось—температура снизилась, количество сахара в моче уменьшилось до 20 гр. в сутки, но явления в легких остались без изменений и больная, не закончив лечения, выписалась домой

4 группа—ухудшение—5 больных.

4 больных этой группы были с тяжелым деструктивным двухсторонним процессом с кавернами; у 1 больной процесс был сначала односторонний, а затем получилось резкое ухудшение в другом легком, явления со стороны гортани и кишечника.

У 4 больных этой группы осложнение—Hydropneumothorax.
У 2 „ „ „ спонтанный пневматоракс с последующим выпотом в полости плевры.

У всех больных этой группы вначале замечалось некоторое улучшение—понижение температуры, улучшение общего состояния, а затем ухудшение—потеря веса, наростание общей слабости, прогрессирование процесса в легких.

Все эти больные выписались домой, из них 2 погибли вскоре после выписки, о состоянии 3 остальных больных нам ничего не известно.

Таким образом общее количество больных из 39, получивших улучшение от лечения пневматораксом, *33* человека, что составляет *84,6 проц.*

Полную работоспособность приобрели	16 человек	—41	проц.
Частичную работоспособность . . .	16 „	—41	„
Обезлихоражены	20 „	—51,2	„
Снижение температуры	7 „	—17,9	„
Не выделяет мокроты	9 „	—23	„
Отсутствие бац. Коха в мокроте . .	5 „	—12,8	„

Осложнения во время пневматораксов.

Плевриты эксудативные	13 случаев	—33,3	проц.
„ гнойные	1 „	— 2,6	„
Итак всего плевритов	14 „	—35,9	„
Спонтанный пневматоракс.	11 „	—28,2	„

Из них 6 случаев после первичного вдувания, 5--после повторных вдуваний.

Останавливаясь на нашем материале, мы можем сказать, что пневмоплевриты не оказали плохого влияния на течение туберкулезного процесса, а в 9 случаях эксудат. плевритах и в 1 случае гнойного плеврита (см. истор. болезни № 1597) закончились вполне благополучно для больных, что зависило, вероятно, от увеличения давления в плевральной полости и более полного сжатия больного легкого.

Заканчивая разбор наших случаев хочу подробно остановиться на одной больной с двухсторонним процессом, с активными изменениями в другом легком, где применялся двухсторонний пневматоракс.

Больная П. 33 лет поступила в первый раз в клинику в июле 1924 г. с жалобами на общую слабость, лихорадочное состояние, кашель с большим количеством мокроты, профузные поты и знобы.

В клинике больная пробыла 3 месяца, почувствовала себя несколько лучше и при тех же явлениях в легких, что и при вступлении выписалась домой.

Во второй раз больная с большим трудом, как не подлежащая никакому лечению, поступила в клинику 3 января 1925 г.

Stat. praes: больная очень бледна и истощена.

Температура 36,8 ут.—38.8 веч., вес 43*klo*.

Реакция Пирке положительная на 100 проц., 30 проц., 10 проц.

Мокрота—суточное количество 100 кб. Кох., эластические волокна найдены.

Слева—притупление до нижней трети межлопаточного пространства и до 2 ребра, подвижность левой диафрагмы ограничена.

Дыхание бронхиальное, под ключицей с амфорическим оттенком.

В области притупления и спереди до 3 ребра звучные влажные хрипы и повышенная бронхофония, на остальном протяжении легкого рассеянные незвучные влажные хрипы.

Справа—притупление в нижней половине межлопаточного пространства и до второго ребра, правая диафрагма слабо подвижна, дыхание бронховезикулярное, под нижним углом лопатки с амфорическим оттенком, в области притупления мелкие влажные хрипы.

Рентген: затемнение верхнего и среднего легочного поля обоих легких.

Слева—са под ключицей.

Справа са под нижним углом лопатки и спереди между 4-5 ребром.

Пребывание больной в клинике с 3 января по 21 января при постельном режиме не вызвало понижения температуры и улучшения местного процесса.

При билятеральном измерении — температура слева несколько выше чем справа.

21 января больной наложен первый пневматоракс на левое легкое.

Манометр $\frac{-8 \quad -6}{-4^{1}/_{2} \quad -3^{1}/_{2}}$ — 250 кубиков.

24 января второй пневматоракс левосторонний $\frac{-8 \quad -5}{-4^{1}/_{2} \quad -2^{1}/_{2}}$ — 300 куб.

После двух пневматораксов температура первые два дня совершенно нормальная, а затем 36,4 у.—37,5 веч.

Последующие поддувания слева проводились один раз в неделю по 250-300 кб.

Вдувания больная переносила хорошо, изредка небольшие боли в левой половине груди.

Об'ективно: *Слева* перкуторный звук громкий, в области верхней половины межлопаточного пространства притупленный, дыхание ослабленное спереди и по аксилярной линии, сзади дыхание проводится до поллопатки, в этой области звучные влажные хрипы, на остальном протяжении хрипов немного.

Справа—без изменений.

Рентген—левосторонний пневматоракс, легкое отходит равномерно, сращения в верхушке.

Температура у больной все время остается субфебрильной.

15 февраля, в виду распространенного процесса, во втором легком было решено вводить небольшие количества воздуха справа.

Peumath. д—0-1 (конец)—120 кубиков

После пневматоракса сильные боли в аксилярной области. Температура после вдувания 38°, число дыханий 32, пульс 92 правильный, удовлетворительного наполнения.

Суточное количество мокроты 60 кб.

Вес 43,4 ко.

После этого больной продолжается пневматоракс на левое легкое.

Температура снова становится субфебрильной с колебанием на 1°, 36,4 утром и 37,4 вечером.

Явления в правом легком наростают, и потому 7 мая была сделана вторичная попытка наложить правосторонний пневматоракс, которая не удалась.

12 июня больной удалось наложить пневматоракс на правое легкое.

Игла введена по задней аксилярной линии.

Манометр $\frac{-{}^{1}/_{2} \quad -0}{-1 \quad \times 2}$ — 150 кб.

После вдувания пульс 80 удовлетворительного наполнения, правильный, число дыханий 28.

Справа—ослабленное дыхание под нижним углом лопатки, влажные хрипы на всем протяжении.

Слева—дыхание ослабленное, хрипов значительно меньше.

26 июня второй правосторонний пневматоракс $\frac{-1-0}{-1-0}$ — 150 кб.

С тех пор больной один раз в 10—14 дней вводится 100—150 кубиков в правую плевру.

Общее самочувствие больной хорошее.

Вес 45,5-ко, болей никаких не отмечает, температура совершенно нормальная, кашель небольшой, мокроты отделяется мало.

Больная ходит и особенной одышки при движении не отмечает.

Мы проводили лечение, вызывая не полное спадение легкого, а довольствуясь Entspannungspneumoth. на левое легкое и введением небольших доз воздуха справа и достигли большого клинического эффекта.

Итак, делая выводы на основании нашего материала и пользуясь нашим методом аэтотерапии мы можем сказать, что пневматоракс может быть показан при всех случаях туберкулеза легких.

Противопоказанием или вернее препятствием является плевральные сращения и тяжелое кахектическое состояние больных, где пневматоракс не дает никаких результатов и применение пневматоракса в таких случаях будет только дискредитировать этот метод.

Отчеты и корреспонденции.

Принципы построения санитарной организации в Белоруссии.

П. М. Ведерников.

(*Доклад сан-эпидотдела НКЗБ на X Всесоюзном с'езде бактериологов, эпидемиологов и санитарных врачей в гор. Одессе.*)

Санитарная организация Белоруссии начала свое существование лишь с момента освобождения Республики от польской оккупации и не имела под собой в прошлом длительной земской практики.

В первый год своего возникновения санитарная организация возглавлялась профилактическим отделом, охватывая почти все части Наркомздрава и имела форму построения, не отличающуюся от структуры Санэпида Наркомздрава РСФСР.

Молодая санитарная организация в первые же годы своего существования потребовала внесения ясности и четкости об'ема и содержания работ как в центре, так и на местах.

Молодой санитарной организации прежде всего потребовалось выявить принципы своего построения, которые необходимо было вложить в основу своей санитарной работы. При разработке принципов построения санитарная организация, естественно учла с одной стороны —опыт союзных Республик и с другой—те реальные потребности, которые выдвигала сама жизнь. В силу условий существовавшего в период земской медицины государственного строя, санитарная организация естественно вынуждена была взять на себя монополию на всю в целом медицину и принять под свое непосредственное руководство все отрасли медико-санитарного обслуживания, которые без этого в сущности не могли-бы развернуться.

С начала советского строительства, дело Здравоохранения получило полное раскрепощение и пред медико-санитарными органами предстала практическая задача превратить органы Здравоохранения в неотделимую часть всего социалистического строительства.

С первых дней своего существования советская медицина была направлена по линии оздоровления труда на основе социально-экономических мероприятий и широкой самодеятельности самих трудящихся. Взятый советской медициной курс, в отличие от медицины до-революционного периода, вполне оправдывался отсутствием всяких препятствий, имевших место в старое земское время. Советская медицина является во всех своих ответственных ответвлениях по существу медицины предупредительной.

В процессе своего развития она углубляла и расширяла профилактические методы во всех отраслях своей деятельности и в первую очередь—в лечебной. Это положение вещей вызвало естественную необходимость изменения организационных форм медико-санитарного дела.

Одновременно с профилактизацией лечебного дела явилось необходимым выделить те области Здравоохранения, которые имеют само-

стоятельные задачи в силу целого ряда социально-политических моментов: это—Охрана Материнства и Младенчества, Охрана Здоровья детей и подростков.

Выделение стало тем более необходимым, что данные области не укладывались по об'ему своей работы в старые организационные формы.

Попутно с ростом и углублением сферы деятельности и задач отдельных отраслей советского Здравоохранения, началась и дифференциация санитарно-эпидемической организации в целом и уточнение ее работ.

Молодая санитарная организация Белоруссии на своем 1-м С'езде в феврале 1926 года проанализировала всю прежнюю структуру и признала необходимым, ради практического разрешения вопроса профилактизации лечебного дела, связать его непосредственно с диспансерами. Внимание самой санитарной организации С'езд признал необходимым сосредоточить на тех задачах, которые диктуются настоящим положением Белоруссии.

Не прекращающиеся эпидемические заболевания, отсутствие санитарных навыков в быте страны, санитарная безграмотность, высокая заболеваемость и смертность,—вот та историческая канва, по которой приходилось строить советское Здравоохранение.

С первого года своего существования санитарная организация Белоруссии сохраняла традиционное руководство над всеми отраслями предупредительной медицины. Однако, наряду с быстрым ростом народного хозяйства и активной самодеятельности масс, профилактический отдел был поставлен перед необходимостью практического проведения санитарных мероприятий:

1. Санитарное законодательство.

2. Разработка вопросов санитарной техники и коммунального благоустройства, как-то: жилищное строительство, водоснабжение, канализация.

3. Эпидемиологическое изучение края и общее руководство борьбой с эпидемиями.

4. Дезинфекционное и прививочное дело.

5. Организация общественного питания.

6. Обслуживание движущихся масс.

7. Санитарное просвещение, при увязке с лечебной организацией так, чтобы лечебные заведения были использовываемы в качестве Домов Санпросвета.

При изложенном определении сферы деятельности санитарной организации, естественно устранялась путаница, которая вытекала сама собой из понятия о профилактике, якобы присущей одной санитарной организации.

Эта путаница, как-то определяется докладом Наркома Белоруссии М. И. Барсукова на С'езде Санврачей, происходила от того, что лечебное дело рассматривалось, как узко техническое, не имеющее никакого отношения к условиям труда и быта больного человека.

Эта узость простиралась еще дальше и делила болезни на социальные и проч., причем в номенклатуру прочих включалось все, кроме сифилиса и туберкулеза. На практике же мы знаем, как трудно и порой

совершенно невозможно отделить влияние внешних социальных факторов на потерю трудоспособности человека. Например: трахома, рахит, даже рак.

Лечить—значит стремиться восстановить утерянную трудоспособность, и методом воздействия является не только рецептурная пропись медикаментов, но и устранение тех индивидуальных внешних раздражителей, которые вызвали данную болезнь".

В то самое время, когда лечебная организация имеет своей задачей оздоровление населения путем воздействия на отдельные организмы, санитарная организация оздоровляет непосредственно самую среду.

Таким образом разница между санитарной организацией и лечебной покоится не на конечных целях, которые едины для обоих областей, но на методике работы.

Изложенное определило своевременность пересмотра целесообразности дальнейшего оставления под руководством санитарной организации Диспансеров.

Что касается Охраны Материнства и Младенчества, а равно охраны здоровья детей и подростков, то как уже сказано выше, эти отрасли Здравоохранения, в силу своих особых санитарно-евгенических и воспитательных задач, имеют все права на самостоятельное существование. Поэтому в Белоруссии они отделились от профилактического отдела первыми.

Следующей отличительной чертой организации является отделение статистики из профилактического отдела в самостоятельный отдел.

Вопрос с местонахождением статистики требовал организационной ясности. Мотивировку отделения статистики от Сан-Эпида можно видеть из того же упомянутого доклада Наркома Белоруссии.

„Раньше статистику в аппарате Наркомздрава считали только санитарной и, на основании этого, включили в состав Сан-Эпида. Статистика, являясь могучим аналитическим средством в руках санитарного врача, в то же время обслуживает все отделы Наркомздрава. Охрана Материнства, к примеру, требует от нее анализа абортов, лечебная организация заинтересована знать рост посещаемости и процент прогула коек, организационный отдел требует учета личного состава. Весь Наркомздрав в целом строит план своей работы на рационально-организованной статистике. Это возможно лишь при об'единении ее в особый отдел, находящийся, кроме Наркомздрава, в тесной связи с Центральным Статистическим Управлением. Методика статистической работы должна носить не случайный характер, а быть строго продуманной и научно-обоснованной. Только при таком положении статистики цифры приобретут прочную устойчивость и авторитетность.

Общий строй санитарных органов, как в центре, так и на местах помимо тесной увязки своей работы с лечебной сетью, имеет две основных базы:

а) Научную—в лице санитарно-бактериологических учреждений.

б) Общественную—в лице санитарных комиссий, сансоветов и различных здравячеек.

Успех развития работ санитарной организации, по убеждению Наркомздрава, зависел от нижеследующей предпосылки: Институт санитарных врачей только тогда разовьет свою работу, когда он будет иметь научное руководство и когда организованная советская общест-

венность его поддержит. Поэтому в Белоруссии был взят курс на постепенное превращение окружных лабораторий в научные санитарные эпидемиологические ячейки на положение филиалов Центрального Санитарно-Бактериологического Института. Означенное положение создает условия, при которых работа лабораторий должна носить характер не только аналитический, но и научно-исследовательский.

Санитарный надзор в деревне постепенно возлагается на районных санитарных врачей и участковую сеть.

В деревне особенно резко заострено внимание на привлечении крестьянской общественности. Небольшой опыт в организации санитарных троек при сельсоветах дал положительные результаты и мы видим, как живо интересуется крестьянство в проведении санитарных указаний".

В городах для установления связи между органами Здравоохранения и трудящимися массами, а равно в целях их гигиенического воспитания, санитарная организация создала санитарные комиссии. Общее руководство санитарная организация проводит через активное участие в работах секций Горсовета.

В целях поднятия квалификации санитарного персонала ближайшими своими задачами, санитарная организация поставила:

1. Улучшение материального и правового положения санитарных работников.

2. Организацию курсов усовершенствования.

В целях согласования противо-эпидемических мероприятий в общесоюзном масштабе, необходимо создать постоянное обще-союзное санитарное бюро.

Выдвижение на первый план в деятельности санитарной организации очерченных выше задач выдвигает необходимость создания кадра соответствующим образом подготовленных врачей. Вследствие этого медфак Белорусского Государственного Университета, совместно с Наркомздравом, приступил к пересмотру программ, с целью уделения достаточного внимания санитарно-техническим вопросам.

Под'итоживая все сказанное, санитарная организация Белоруссии ставит перед собой следующие задачи.

1. Изучение вопросов санитарно-технического характера и коммунального благоустройства (канализация, водоснабжение, жилище и бани).

2. Борьба с эпидемиями путем обследования эпидемических очагов, изучение местных условий, влияния их на распространение и характер инфекций, увеличение количества заразных коек через лечебную организацию.

3. Дальнейшее углубление работы по санитарному просвещению в части производственного уклона и перехода на национальные языки; втянуть в дело санитарного просвещения на деревне учительский персонал, заведующих избами-читальнями и от системы случайных докладов перейти на метод цикловых занятий.

4. Укрепление связи санитарной организации с советской общественностью. Последняя должна стать неот'емлемой частью санитарных органов и естественным продолжением их среди широких масс трудящихся. Работе санитарных комиссий, советов должно быть уделено максимальное внимание.

5. Рациональное разрешение вопросов общественного питания и санитарного надзора за приготовлением и продажей пищевых продуктов.

6. Подготовка и усовершенствование санитарного персонала и улучшение его материального положения.

7. Практическое оформление санитарного законодательства.

В своей работе санитарно-эпидемиологическая организация имеет тесную связь с учреждениями краеведческого характера, с медицинской секцией Института Белорусской культуры, с Институтом социальной гигиены, с санитарной инспекцией Охраны Труда, с ветеринарно-санитарным надзором и с транспортной медициной.

„Санитарная организация должна стать понятной каждому рабочему и крестьянину, как необходимейшая в повседневной жизни научная сила, которая поможет трудящимся построить новый, здоровый быт".

Деятельность Санитарной Организации Б.С.С.Р.

П. М. Ведерников.

(Отчетный доклад Сан. Эпид. Отдела Наркомздрава БССР в санитарной секции на 10-м Всесоюзном С'езде бактериологов, эпидемиологов и санитарных врачей в гор. Одессе).

Для общей характеристики Белоруссии приводим основные статистические данные:

I. Население.

	Белоруссы		Великорос. Укр.		Евреи		Поляки		Прочие	
	Абсол. величина	Относ. величина	Абсол. величина	Относ. величина	Абсол. величина	Относ. величина	Абсол. величина	Отн. вел.	Абсол. величина	Отн. вел.
Городск. нас.	257.535	40,8	67.304	10,6	270.560	44,1	15.713	2,5	12.700	2,0
Сельск. насел.	2.747.231	75,8	589.067	16,3	190.132	5,3	74.020	2,2	22 050	0,6
ВСЕГО . .	3.004.766	70,7	566.371	15,5	468.692	11,0	89.733	2,1	34.750	0,8

II. Движение населения.

	1923 г.			1924 г.			1925 г.		
	1 полугодие	2 полудие	За год	1 полугодие	2 полугодие	За год	1 полугодие	2 полугодие	За год
1. Рождаемость									
По окружн. город. . .	19,5	19,0	38,5	18,9	16,5	35,4	28,3	15,89	44,19
По проч. местн. . .	20,1	17,2	37,3	22,2	16,9	39,1	21,3	19,24	40,54
2. Смертность									
По окружн. город. . .	8,7	8,1	16,8	9,0	8,7	17,7	15,5	7,25	22,75
По проч. местн. . .	7,6	5,4	13,0	7,9	6,9	14,8	10,0	8,16	18,16
3. Естеств. прирост									
По окружн. город. . .	10,8	10,9	21,7	9,9	7,8	17,7	12,8	8,64	21,44
По проч. местн. . .	12,5	11,8	24,3	15,3	10,0	24,3	11,3	11,08	22,38

III. Коэффициенты медицинского обслуживания.

	Город	Сельск. местности.
На 1 врача	605	14.607
„ „ акушерку . . .	4.285	15.000
„ „ зубного врача . .	4.016	43.489
„ „ койку	180	2.255
	(без психкоек)	

Сравнительная площадь медучастка . . . . 506 кв. верст
Среднее число жителей на 1 участок 20.000

IV. Сеть охматмлада.

По охране материнства и младенчества, возросшая по сравнению с прошл. годами в три раза, сеть учреждений на 1/VII-26 г. состоит из 15 городских яслей, 31 городских и районных консультаций, 20 консультаций для беременных, 15 домов ребенка и 112 летних полевых яслей.

В отношении охраны здоровья детей и подростков школьно-санитарных врачей имеется 30 на 60.000 учащихся по городам.

V. Бюджет здравоохранения.

Общая сумма ассигнований на дело здравоохранения в 1925-26 бюджетном году составляет: по госбюджету: 1.510.000 руб., по местному бюджету—3.156.000 руб., всего 4.666.000 руб., что по госбюджету составляет 9 проц. и по местному бюджету 13 проц. Разассигнования по отдельным отраслям выражаются: адмхозрасходы и аппарат—5 проц., лечебная часть—77,5 проц. (из них 5 проц. профучреждения)., санэпид. —3,5 проц. и охматмлад — 14 проц. Трата государства по здравоохранению в сравнении с прошлым годом 1924-25 возросла с 67 коп. до 1 руб. 14 коп. на одну душу населения. Рост расходов на медобслуживание деревни, по отношению ко всему бюджету здравоохранения с 36 проц. до 47 проц. характеризует уклон в сторону сельской медицины.

VI. Медперсонал.

В Белоруссии имеется 800 врачей, 700 акушерок и фельдшеров, 160 зубных врачей, 500 медсестер и 170 фармацевтов.

Если прибавить общеизвестные сведения о земледельческом типе хозяйства Белоруссии, об отсутствии крупной промышленности, о кустарно-ремесленном типе городов, об общей культурной и экономической отсталости БССР, то становится более или менее ясной та обстановка, среди которой приходится работать санитарной организации.

Годом оформления санитарной организации Белоруссии был 1924/25 г. и первое время ушло на организационную работу по налаживанию учета деятельности, по установлению контакта с общественными и государственными учреждениями, связанными с санитарной работой и по созданию общественных санитарных ячеек городского и сельского типа.

Трудность работы продолжает сказываться в том, что в дореволюционное время санорганизации, как таковой, не было. Важность санитарной работы недоценивалась, или вернее, расценивалась неправильно. Не было кадра специально подготовленных работников в этой области. Профилактический Отдел (так назывался Сан. Эпид.) с целью создания кадра подготовленных работников из местных врачей, организовал специальные курсы, но из 712 врачей нашлось только 9 (1,2 проц.).

желающих итти по санитарной работе, требовалось же 15. Укомплектование санорганизации произошло за счет приглашения из РСФСР и УССР. При организации Профилактического Отдела были разработаны и утверждены Совнаркомом штаты санитарных работников по округам в следующем количестве: Минск и Витебск по 4 единицы, Могилев—3 единицы, остальные 7 округов—2 единицы. Работа Профилактического Отдела распадалась на 4 П/Отдела: 1) Санитарно-Эпидемиологический, 2) Отдел социальных болезней, 3) Санпросвет, 4) Отдел статистики. Профилактический Отдел также включал в себя охрану здоровья детей и охрану материнства и младенчества.

По линии санитарно-эпидемиологической с самаго начала были разработаны и проведены в жизнь положения об об‘еме задач, о порядке связи и контакта в работе с государственными и общественными учреждениями и отчетности по округам. Между прочим отчетность выяснила, что число заразных коек удовлетворяет лишь $^1/_3$ потребности, так: на 4 с половиной миллиона жителей в Республике имеется 405 заразных коек, из числа которых 80 проц. падает на окружные города. В течение 1924-25 г. г. были также организованы Сантройки при С/Советах и Районные Санитарные Советы при РИК‘ах и для руководства ими была издана инструкция.

Протоколы этих низовых ячеек говорят определенно за то, что со стороны крестьянского актива выявилась инициатива в области санитарного благоустройства, например: упорядочение силами крестьянства колодцев на селе, проведена в целом ряде деревень очистка дворов и улиц, кое-где осушены канавами дороги и проведена в некоторых местностях дезинфекция известью отхожих мест и исправлены источники водоснабжения в местах брюшно-тифозных очагов, местами сообщены медперсоналу очаги эпидемий; изысканы в единичных местах средства по устройству изоляторов. Таким образом, созданные всего год тому назад 88 районных сансоветов и 816 сельских сантроек в глуши местечек и деревень творят свое незаметное культурное дело.

В феврале 1926 года состоялся 1-й Всебелорусский С‘езд санитарных врачей, который провел критическую оценку проделанной работы и наметил план дальнейшей деятельности санитарной организации, точно очертив об‘ем и содержание ее работы. Основными задачами признаны санитарно-техническое и коммунальное благоустройство, эпидемическое изучение Белоруссии.

Общая численность работников санитарной организации—санитарных врачей в 1926 году, как и в 1925 г.—24 человека. Кроме указанного персонала санитарная организация располагает Сан-Бак. Институтом в Минске и Витебске, Сан.-Бак. Лабораториями в 8 округах, малярийной станцией и тремя Домами Санпросвета. В виду постоянного наличия эпидемических очагов, кадры санитарной организации все время пополняются временными эпидемическими отрядами за счет средств эпидфонда. Для усиления работ Малярийной Станции организован малярийный отряд во главе с врачем. При леч. учреждениях и дезостанциях имеется штат дезинфекторов: 19—по окружным городам и 3—по округам. До 1-го января 1926 г. в ведении санорганизации были еще 10 туб. диспансеров и 7 вендиспансеров, ныне находящиеся в составе лечебно-профилактической организации. В будущем году будет усилена санитарная организация путем введения в штат районных санитарных врачей.

Продолжая свое организационное оформление, санитарная организация с 1-го января 1926 г. усилила работы по текущему надзору и по проведению плановых обследований, которые ныне ведутся с рас-

четом составления санитарных альбомов, могущих дать исчерпывающие представления о санитарном состоянии отдельных пунктов БССР. Проводятся мероприятия по усилению Сан—Бак. Лабораторий путем пополнения их необходимым оборудованием. Сан.-Бак Лаборатории преобразуются в научно-обследовательские центры санорганизации. Лаборатории пополняются квалифицированными работниками, подготовка которых проводится Минским Сан.-Бак. Институтом. В наступающем бюджетном году предположено провести четырехмесячные курсы для санитарных работников. В работах Сан.-Бак Лабораторий отмечался уклон в сторону клинических анализов, но в данный момент принимаются меры в сторону усиления их санитарной деятельности. За 1925 г. клинических и бактериологических анализов произведено: клинических—65018 и санитарных—2193.

Вовлечение населения в дело здравоохранения, как уже упоминалось выше, выразилось в работе по созданию сельтроек, райсоветов, санкомиссий в городах и отдельных санитарных ячеек на предприятиях. Работа Сельтроек по округам в 1926 году несколько понизилась и санитарная организация провела работы по оживлению этих низовых ячеек здравоохранения. В связи с перевыборами сельсоветов, проведено привлечение наиболее активных роботников. С целью оживления работы сельячеек, при выездах в округа, санитарными врачами проводились заседания сантроек, вырабатывались совместно с ними проекты обязательных постановлений по районам. Внесена плановость в работу и пр.

В пунктах, где в состав сантроек и сансоветов входят культурные сельские работники, работа протекает довольно живо. В сантройках, более оживленных,—работа сводится, главным образом, к текущему саннадзору (водоснабжение, обследование пищевых продуктов, дворов, улиц и проч.), а также в санпросвет деятельности. Организация санитарных комиссий в городах проводится по согласованному с НКВД и Белжилсоюзом положению НКЗ путем обязательных постановлений Окрисполкомов. Для целей общего руководства работой городских санкомов в домовладениях жилищной кооперации в Минске при Белжилсоюзе организована сансекция, возглавляемая представителем Сан.-Эпида НКЗ.

С 1926 года санитарная организация, располагавшая до этого ориентировочным материалом, приступила к плановому обследованию источников водоснабжения, ассенизационно-канализационного дела населенных пунктов, усадьб, хат, бань по анкетам, проработанным Наркомздравом.

Деятельность санитарной организации в первом полугодии 1926 г. выразилась в 55177 осмотрах. Из общего количества произведенных осмотров на пищевые продукты падает 11 проц., на жилища—30 проц., на учреждения, предприятия и школы—18 проц., на источники водоснабжения—15 проц., на базары, дворы и проч.—26 проц. Наложено взысканий—527, произведено ремонтов и др. улучшений по требованиям 2225. Выезды санврачей по округам в среднем составляли до двух раз в месяц. Сан.-Эпидом НКЗ разработан целый ряд положений, уточняющих работу и взаимоотношения санорганизации с другими ведомствами. Санорганизация с конца 1925 года начала и ныне углубляет активное участие в вопросах общественного питания, в урегулировании пищевой промышленности и торговли с‘естными припасами.

При Сан.-Эпиде имеется сывороточно-вакцинная комиссия, в которой принимают участие научные силы БГУ и, в зависимости от вопроса, квалифицированные представители Наркоматов и организаций.

Установлена непосредственная связь с Инбелкультом, с Белорусским Обществом Красного Креста и с санчастью воинских частей. Вопросы транспортной медицины согласовываются через инспекцию по транспорту при НКЗ, функции которой по соглашению с ОПС НКЗ РСФСР возложены на Зав. Сан. Эпидом.

Условия, при которых молодой санорганизации БССР пришлось прокладывать пути своих работ, достаточно характеризуются санитарным состоянием населенных мест и эпидемическим состоянием Республики. Сан. состояние окружных городов служит особенно веским показателем неблагополучия. Города не обеспечивают своих жителей полностью даже водопроводной водой. Минск, Витебск, наиболее благополучные в этом отношении, имеют городскую сеть до 70-80 проц., а остальные, если и имеют, то в лучшем случае до 25%, а неимеющие пользуются колодцами и открытыми водоемами. Артезианские скважины представляют исключение. Существующая водопроводная сеть находится в неисправном виде. Канализации в городах нет. В Минске и Витебске имеются поглощательные колодцы, не подвергавшиеся очистке в течении последнего десятилетия. В Минске существует система ринштоков, куда непосредственно поступает вода из раковин через водопроливы. Ассенизационными обозами округа не обеспечены и, не менее половины нечистот и отбросов остаются ежедневно на территории городов не вывезенными. Если к этому добавить, что в некоторых городах, как, например, в Борисове до 40 проц. усадьб не имеют уборных, то загрязнение почвы со всеми вытекающими отсюда последствиями на-лицо. Процент замощения улиц в окружных центрах колеблется от 6 до 33 проц. Вопрос жилищный является самым тяжелым вопросом для Белоруссии, носящем на себе все признаки разрушения, как следствия империалистической и гражданской войн. Из городов Белоруссии 7 разрушены снарядами и пожарами на 30—50% (например, в Борисове уничтожены совершенно 3 центральные улицы). Тип некоторых городских построек обусловлен крайней экономией места и средств. Санитарно-технический надзор отсутствует. Белорусская деревня вообще отличается своей бедностью и по ориентировочным данным изб, крытых соломой, имеет до 80 проц. Около 60 проц. изб имеют световой коэффициент ниже 1:18. Площадью пола меньше 1 кв. саж. на одного человека располагают избы в 40 проц. Около 95% усадьб не имеют отхожего места. В текущем строительном сезоне обращено особое внимание на использование развернувшегося строительства в интересах оздоровления. Проекты построек согласовываются с сан. надзором, но наблюдение за выполнением их на местах страдает, вследствие независящих от санитарного надзора причин.

Широко развернулось кооперативное строительство. Кроме отстроенных в 1925 году 240 квартир, из коих 173 уже заняты рабочими, ныне отстраивается более 30 квартир. В 10 пунктах строятся рабочие поселки. Число членов жилищно-строительной кооперации на 1-е июля 1926 года было 2.000 человек. Жилищно-строительная кооперация в текущем году получила кредит в 951 тысячу руб. и жилищно-арендная—350 тысяч руб. Частное строительство также развернулось широко, но точного учета провести в отношении его не представляется возможным. Широко развертывается оборудование колодцев из бетонных колец, изготовляемых мастерскими НКЗема. Таких колодцев, ныне построенных, уже имеется около 70, а пятилетним планом предусмотрено оборудование свыше 3.000.

В основу оздоровления колодезного снабжения положены принципы: приближение мастерских, изготовляющих бетонные кольца, к насе-

лению и широкий кредит. В целом ряде городов не без участия санитарной организации производственными планами намечено проведение ряда капитальных оздоровительных работ, как-то: оборудование водопроводных и канализационных установок.

Банный вопрос в Белоруссии обстоит весьма плохо. Наиболее богата банями северо-восточная часть, но и здесь бани примитивного устройства. Более благоустроенные местечковые „кагальные" бани устроены на средства еврейских обществ также мало отвечают санитарным требованиям и требуют не только капитального ремонта, но и капитальнаго переустройства. В 1926 г. Совнаркомом принято постановление о предоставлении льгот по банному строительству, которое безусловно оживит постройку общественных бань на селе. Постановлением предусматривается постройка бань из расчета 1 бани на Сельсовет, с бесплатным отпуском леса Наркомземом. Наркомздравом разработан тип бани с дезоустановкой, как это предусматривается постановлением Совнаркома, разработан проект сметы на баню пропускного типа, ЦК Кр. Креста Бел. ассигновал денежную помощь округам.

Питание сельского населения можно характеризовать, как хлебо-картофельно-капустное. Мясо употребляется в периоды рождественского и пасхального мясоедов. К лету имеется в половинном количестве сало. В летнюю рабочую пору питание хуже, чем зимой: хлеб, зелень в недостаточном количестве, молоко и сало, как редкость. Городское население питается значительно лучше. Рабочий со средним заработком мясо имеет ежедневно. В последнее время до 12 проц. взрослого городского населения питается (обеды) в общественных столовых. Общественное питание находится, главным образом, в руках рабочей кооперации. Организация Нарпит, возникшая в прошлом году, ныне распалась, вследствие отсутствия средств, отсутствия практического навыка и целого ряда об'ективных условий наших городов,как-то: малая и мелкая промышленность и тяготение населения к частной кухне.

Тяжелое санитарное состояние края, некультурность населения и недостаточность медицинской сети явились причиной того, что по данным 1925 г. 4,4% на каждые 100 чел. жителей переболело различными инфекционными болезнями. Из группы эпидемических заболеваний стационарными являются паразитарные тифы, водные инфекции и детские заразные заболевания. Заболеваемость в абсолютных цифрах такова:

	1-е ПОЛУГОДИЕ		
	1924 г.	1925 г.	1926 г.
1. Сыпной тиф	3895 (4821)	3744 (4548)	3383
2. Возвратный тиф	351 (475)	127 (220)	33
3. Брюшной	1238 (4674)	2292 (5893)	2368
4. Дизентерия	465 (6336)	858 (5061)	726
5. Скарлатина	1199 (4420)	6389 (14172)	7863
6. Корь	1664 (10354)	20801 (29836)	2762
7 Дифтерия	1272 (3065)	2146 (3893)	1718

ПРИМЕЧАНИЕ. В скобках годовые цифры. Данные за 24 год касаются периода реорганизации статистики, при укрупнении БССР.

Вышеприведенные цифровые данные определенно указывают, что инфекционные заболевания на территории БССР продолжают иметь место с тенденцией резкого повышения детских заразных болезней.

Следует отметить недостаточное количество заразных коек, что лишает возможности провести плановые мероприятия по борьбе с инфекциями и осложняет мероприятия в условиях жизни страны с мало культурным населением.

Заразных коек по БССР—315, в городах и на селе 90, т. е. 1 заразная койка в городе на—1211 чел. и на селе—на 31366 чел.

В проведении противоэпидемических мероприятий за отсутствием собственных средств, округа в 75 проц. опирались на Эпид. фонд Наркомздрава. С наступающего бюджетного года по округам проводится свой эпид. фонд. В процессе ликвидации инфекций по округам, кроме ударных кампаниий по санпросвету, проводилась дезинфекция, изоляция, прививки, носившие характер пожарных методов, отдельными округами издавались обязательные постановления временного характера.

Прививочная кампания с 1926 г. приняла плановый характер. За 1-е полугодие 1926 г. Минским Пастеровским Институтом распределено прививочного материала: антитифозного 10000 доз, антихолерного 2000 доз, противогонококкового 4000 доз, скарлатинозного 800 доз, антистафилакоккового 300 доз и противосклеромного 100 доз. Открытое в феврале месяце с.-г. сывороточное отделение, располагая 9 лошадьми, заготовило сывороток: антидифтерийной 40 литр., противоскарлатинозной — 10 литр., противодизентерийной — 10 литр. и антименингококковой—10 литр. Принимая во внимание, что в силу об'ективных условий БССР оспопрививаниие за последние 10 лет почти не проводилось, что общее количество непривитых от рождения на территории республики, по данным 1925 г., составляло до 1½ миллиона, в прошлом году была проведена оспопрививательная кампания, после которой из указанной цифры на 1926 г. осталось непривитых около 50 проц. В 1926 г. кампания проводится по всем округам, детрита распределено около одного миллиона доз. С окончанием кампании этого года оспопрививание должно перейти на плановый порядок работ. Общее количество прививок по неполным данным за 1-е полугодие 1926 года сделано—225000, из коих прививок противооспенных—210.000, дивакцины—6833, антидифтерийных—1646, противоскарлатинозных—3974, противодизентерийных, противогонококковых и прочие 2600.

Проведенная в прошлом году анкета о постановке дезотдела на местах показала всю нашу бедность в этом отношении. Самостоятельными дезостанциями, с камерами при заразных больницах, располагают только Минск, Витебск и Могилев. Остальные города и медучастки снабжены весьма бедно и на 26 г.—32 проц. их были совершенно не обспечены дезаппаратурой. Сан.-Эпиду удалось 50 проц. медучастков пополнить дезаппаратами для влажной и газовой дезинфекции. Вопрос дезотдела в отношении его дальнейшей постановки ныне прорабатывается.

Вопрос борьбы с бешенством—серьезнейший вопрос для Белоруссии, бешенство продолжает расти. Проведена децентрализация антирабических прививок, прививочные пункты открыты в 9 окружных центрах и в 25 районных.

Для общего руководства борьбой с бешенством создана центральная комиссия.

Непосредственная связь Мозырского, Слуцкого и Бобруйского округов с Пинскими болотами обуславливает наличие в данной местности малярийных очагов. Пораженность малярией составляет на Мозырщине 308 маляриков на 10.000 населения, а по всей БССР на 10.000 населения—34 малярика. Обследовательскими отрядами в 1925 году проведены работы по Мозырскому, Бобруйскому и Слуцкому округам. Для борьбы с малярией в 1925 г. Наркомздравом была организована малярийная станция. В настоящий момент широко развернулись работы обследовательского и лечебного характера. Заболеваемость малярией в 1924 г.—8218 ч., в 1925 г.—14450, за 1-ую половину 1926 г.—3209.

Заболеваемость социальными болезнями в городе и в деревне достигает значительных размеров. Из социальных болезней туберкулез особенно распространен в БССР. На 1000 всех причин смертности—152 случая падает на туберкулез, на 1000 сельского населения приходится—7 туберкулезных больных в заразной стадии. Обращает на себя внимание сифилис, имеющий наибольшее распространение в Витебском, Оршанском округах. С 1922 г. по 1925 г. и за 1-ю половину 1926 г. зарегистрировано:

	1922 г.	1923 г.	1924 г.	1925 г.	1926 г. 1-е пол.
Сифилис . . .	—	8.195	9.005	7.263	3.302
Туберкулез . .	—	19.119	30.546	53.299	31.781

Таким образом, за первые 4 года на каждые 10.000 населения в среднем приходится больных соцболезнями около 222.

Заболеваемость паршей, трахомой и чесоткой выражается следующими данными:

	1922 г.	1923 г.	1924 г.	1925 г.	1926 г. 1-е пол
1. Трахома . .	—	17.019	22.720	38.921	20.316
2. Чесотка . .	—	—	37.098	74.337	44.037
3. Парша . . .	—	—	1.999	3.714	2.171

Обращает внимание массовая заболеваемость глистами. Насколько позволили силы и средства в 1926 г. приступлено к выявлению степени пораженности населения глистами. Обследование еще далеко не окончено, но данные уже дают неутешительные результаты. Обследование коснулось гражданского населения и воинских частей в пределах пограничной полосы Минского округа. По городу Минску поражение глистами достигает среди гражданского населения 80 проц. и среди воинских частей (территор. дивизия) —86 проц. Окружное население (по деревням и местечкам) поражено почти на 100 проц., тогда как воинские части пограничных отрядов, состоящих преимущественно из пришлого элемента, с Украины и РСФСР, в зависимости от длительности пребывания и контакта с местным населением от 30 до 60 проц. Попутное обследование водоисточников

(колодцев, речек и т. д.) дало отрицательные результаты. Общее число обледованных превышает $4^1/_2$ тысячи человек, обследование продолжается.

В области борьбы с профессиональными заболеваниями Сан. Эпид. принимает участие в работе Комиссии по борьбе с профзаболеваниями. Вся работа концентрируется вокруг клиники профболезней.

В целях узаконения прав и обязанностей работников сан. организации, Сан. Эпид. Отделом проработан проект декрета, который и внесен в Совнарком. За время существования сан. организацией были выработаны обязательные постановления и правила по следующим вопросам:

1. О мерах борьбы с заразными болезнями.
2. О санитарном содержании булочных, кондитерских и хлебопекарен, колбасных мастерских, сыроварен.
3. О санитарном надзоре за местами общественного питания.
4. О санитарном содержании парикмахерских, бань, прачешных.
5. О санитарном состоянии гостинниц, столовых, кофеен, ресторанов, буфетов.
6. О предупредительном надзоре.
7. Об удалении в городах мусора, нечистот и о содержании ассенизационных обозов и мест свалок нечистот.
8. О торговле мясом и мясными продуктами.
9. О торговле пищевыми продуктами, производимой в закрытых помещениях.
10. О торговле пищевыми продуктами, производимой в открытом виде на рынках и базарах.
11. О продаже молока.
12. О борьбе с бешен. животными.
13. О санитарном состоянии домов, квартир и общежитий, принадлежащих Жилтовариществам, Комхозу и частным лицам.
14. О введении санитарных тетрадей в городах.
15. О санитарном содержании ДОПР'ов.
16. По охране чистоты вод.
17. О производстве и торговле мороженым.
18. По производству и продаже прохладительных напитков.
19. По торговле тряпьем и старой одеждой.

За 1925-26 г. перечисленные обязательные постановления проведены по всем округам почти полностью, с повторным подтверждением на 1926 г. В 1926 г. разработаны и разосланы на места по согласованию с соответствующими Наркоматами правила об охране в отношении малярии жилищ рабочих на торфразработках, положения о взаимоотношениях санитарного надзора с санитарной инспекцией НКТ и с ветеринарно-санитарным надзором, о порядке устройства и содержания боен, скотских падалищ, базаров, о санитарно-технических нормах по оборудованию временных жилищ для рабочих и другие. Разработаны положения об обязанностях санврачей, Зав. Сан. Эпидами, о правах санврачей на производство дознаний, согласно 97 ст. Уг. Код., инструкции по коммунальной и пищевой санитарии.

В отношении санитарного просвещения годом под'ема работ является 1925 г. Сан. Просвет своей деятельностью охватил: 167 клубов, 85 Нардомов, 279 изб-читален, 155 красных уголков. Число лекций

и бесед в сравнении с 1924 годом значительно возросло. (1924 г. —4996, и за 1925 г.—12000, за первое полугодие 1926 г.—7280). Некоторую материальную базу санпросвет на местах получил лишь с 1925 г. В 1926 г. работы по санпросвету продолжены и углублены. За первое полугодие по округам распространено—санпрос. литературы—6000 экз., плакатов около 700 экз., лозунгов—свыше 10000, стенгазеты для деревни около 10000 и передвижек-выставок—70. Пущены по округам для демонстрации кино-фильмы. Не реже 2-х раз в неделю проводятся радио-лекции на минской широковещательной станции. В 1926 г. широко развернулась санпросветработа через местную прессу и постановка инсценировок сан. судов. Санпросвет НКЗ приступил к самостоятельному изданию брошюрок и листовок, которых за 1-е полугодие издано—5. К изданию до конца года имеется 5 брошюр. Издательство ведется преимущественно на национальных языках. Максимум работы, как и в прошлом году, в 1926 г. выявил Центральный Дом Санпросвета, который до 1-го июля 26 г. посетило одиночек—7702 чел Обслужено экскурсией 261, с числом участников 6838 чел. В разных пунктах Центральным Домом Санпросвета проведено 337 лекций с числом слушателей 26423. По округам посланы передвижки, снабженные фонарем и диапозитивами. В данный момент закупаются 2 кино-фильмы и кино-аппарат передвижка. Из наличного оборудования Центрального Дома Санпросвета выделен в самостоятельную единицу 1 дом санитарного просвещения Минскому Окрздр. для обслуживания округа. На Центральный Дом Санпросвета возложены функции снабжения округов, как санпросветлитературой, так и методическими руководствами и пособиями. Отмечается, что до 82,8 проц. всей санпросветработы относится на долю деревни. Центральный Санпросвет в текущем году располагал средствами в сумме 16.000 р. По методике санпросвета проведен опыт использования программ кино и аптечной оберточной бумаги для печатания санпросвет материалов. Начат опыт выпуска беллетристических сборников санпросветительного характера (вышел вып. 1-й с 3-мя рассказами).

В заключение необходимо остановиться на основных задачах, стоящих ныне перед органами Здравоохранения БССР в области санитарного обслуживания каковы в общих чертах сводятся к следующему:

1. На основании решений 1-го Всебелорусского Санитарного с'езда уточнить работу санорганизации, в частности коммунальное благоустройство, общественное питание и санитарное законодательство.

2. Дифференциация в области расхождения с лечебно-профилактической организацией в части социальных болезней, профессиональных вредностей и заразной помощи.

3. Создание кадра санитарных работников, улучшение их материального положения и окончательное оформление санитарной организации.

4. По линии НКПроса в Медфаке провести подготовку квалифицированного кадра работников гигиенистов, эпидемиологов, бактериологов и т. п. с проведением стажа по сан.-эпиду.

5. Проведение в жизнь всех разработанных положений, углубление дальнейшей разработки санитарного законодательства и поднятие роли и авторитета санитарной организации во всем деле здравоохранения.

6. Углубление работ в области коммунального благоустройства населенных мест.

7. Ликвидация эпидемических очагов с увязкой мероприятий с соответствующими Отделами Союзных Республик.

8. В дефицитных и неблагополучных по эпидемии округах с целью усиления основного кадра, сан. организацию усилить за счет госбюджета.

9. Расширение сети санитарно-эпидемических учреждений (сан бак. лаборатор., дезинфекционные станции и проч.).

10. Урегулирование и уточнение всей постановки дезотдела и подведение под него строго научного обоснования.

11. Увеличить через лечебный отдел количество заразных коек.

В связи с общим курсом здравоохранения БССР необходимо в дальнейшем усиление санитарного обслуживания сельских местностей.

По докладу НКЗдрава по указанному вопросу 7-го июля с. г. Совнарком, отметив ряд достижений и улучшение положения мед. учреждений в связи с ростом районного бюджета в области народного здоровья, подчеркнул тяжелое санитарное состояние сельских пунктов, рост эпидемических и соц. болезней и на ближайшие годы по линии санитарного благоустройства предложил выполнением:

1. Разработать и подать на утверждение проект постановления о принципах медико-санитарной организации в сельских местностях, в котором предусмотреть обеспечение сельского населения всеобщей санитарной, амбулаторной и коечной, зубоврачебной и лекарственной помощью, а также проведением мероприятий по охране материнства, младенчества и здоровья детей.

2. Внести в Госплан проект мероприятий по улучшению водоснабжения и жилищного строительства в сельских местностях и местечках.

Среди задач, поставленных перед НКЗдравом, СНК намечено также усиление санитарного просвещения и увязка сан. просветительной работы с работой культурно-просветительных учреждений на селе.

Положение глазной помощи в БССР.

(Автореферат доклада, прочитанного на Первом Всесоюзном с'езде глазных врачей).

Д-р Д. В. Кантор.

1. Органам здравоохранения в БССР предстоят еще крупные задачи в области организации основных видов медпомощи населению.

Царское самодержавие и помещичий режим, оставив в наследство в Белоруссии ряд социальных болезней, в том числе и трахому, не оставил почти никакой медорганизации для борьбы с ними, особенно в сельских местностях (в 1925/26 г. на одну сельскую больничную койку—2.100 чел; на 1 врачебный участок 20.000 чел).

II. В области организации глазной помощи органы здравоохранения Белоруссии достигли относительно значительных успехов, но еще в 1922 г. лишь в 4 окружных городах Белоруссии имелись глазные врачи (всего 9 человек) и глазные койки (75-80), т. е. по 1 койке на 50.000 насел. в среднем по Республике. Остальные 6 округов с населением в 2.500.000 было лишено глазной помощи.

III. Белоруссия как до войны, так и сейчас занимает по пораженности трахомой одно из первых мест в Союзе. По данным д-ра Ульянова в Минск. губ. в 1908 году среди глазных больных имелось 21% трахоматозных. По данным д-ра Ротштейна в Борисовском округе за 1924 г.—34 проц. и по данным д-ра Корелькова в Бобруйском округе—39 проц. среди глазных больных, сельского населения.

Нищета и культурная отсталость населения, отсутствие санитарных навыков представляет благоприятную почву для процветания трахомы в Белоруссии.

IV. Деревня болеет не только трахомой, но в значительной степени также другими глазными заболеваниями. По данным д-ра Корельского в Бобруйском окр. за период 1921—1925 г. среди глазных больных сельского населения было: 39 проц. трахоматозн.; 10 проц. золотушных поражений кон'юнктивы и роговицы; 15 проц. бол. роговицы, без трахомы и скрофулеза, 16 проц. бол. кон'юнктивы без трахомы и скрофул.; 5 проц. болезн. век, 5 проц. бол. внутри глазных и 10 проц, заболеваний.

V. Учитывая нужду населения в глазной помощи НКЗБ., начиная с 1923 г., постоянно подчеркивает необходимость организации глазной помощи и приближения последней к населению, и для привлечения глазных врачей дает директиву о спецставке для них (при обычной ставке тогда в 18-22 р., глазному врачу дается ставка в 75 руб.).

VI. Благодаря постоянному подчеркиванию важности глазной помощи и директив о спецставках, в настоящее время имеем глазных врачей, глазные больничные койки (138) и глазные амбулаторные приемы во всех окр. городах Белоруссии. 1 больн. глазн. койка приходится на 28.500 населения вместо 50.000 в 1922 г. Сверх этого имеется

180 коек в детских трахоматозных домах и 30 коек в трахомоизоляторах для взрослых.

VII. Укомплектование окр. городов глазными врачами и койками подняло за короткое время обращаемость населения за глазной помощью в 2 раза (в 1924 на 1.000 населения приходилось 4,5 трахоматозных больных, в 1925 г. на 1.000 населен. приходилось 9,1 трах. больн.)

VIII. Наличие глазных врачей и амбулаторных глазных приемов во всехокр. городах дало возможность борьбы с распространением заразных глазных болезней через школы (6 месячные поголовные осмотры школьников Шк. Санат. врачами и направление подозрительных в глазные кабинеты).

IX. Учитывая, что предусмотренный планом НКЗБ рост глазных коек меньше, чем потребность в них, НКЗБ предусмотрел своим планом организацию по одному трахоматозному изолятору для взрослых в 30 коек в каждом окружном городе.

X. Имеющаяся в настоящее время глазная медицинская организация охватывает лишь 7 проц. больных и этих последних не всесторонне, не систематически; а потому является недостаточной и не совершенной.

XI. НКЗБ вполне сознавая, что действительная успешная борьба с трахомой, являющейся социальной болезнью, возможна не одними мероприятиями органов здравоохранения, а поднятием общего культурного уровня и материального благосостояния населения, все же наметил те задачи, которые стоят перед органами здравоохранения в области борьбы с глазными заболеваниями, в частности с трахомой.

Намеченные НКЗ задачи по борьбе с трахомой может лишь выполнить медицинская организация, приближенная к населению, постоянно действующая и применяющая диспансерный метод работы. Таковой организацией может и должен явиться в сельских местностях врачебный участок.

XII. Врачебный участок должен стать первичной обследовательской, санпросветительной и лечебной ячейкой по борьбе с трахомой с привлечением для санитарно-просветительной работы сельского учительства.

XIII. Для подготовки участка к этой работе НКЗБ устраивает курсы по трахоме, краткосрочные для участковых врачей и нормальные—постоянные для сестер.

XIV. Руководство делом борьбы с глазными заболеваниями возлагается в округах на лечебно-профилактические отделы Окрздравов, а в Республике на лечпрофотдел НКЗ.

Из работы 1-го подвижного вендиспансера имени Белорусского О-ва Красного Креста по Круглянскому району, Оршанского округа.

Врач М. Стерьхова.

Венотряд, именуемый 1-м подвижным вендиспансером имени Белорусского О-ва Красного Креста, состоящей из врача и лекпома, был организован Профилактическим Отд. НКЗБ на средства Кр. Креста для борьбы с сельским сифилисом в январе 1925 г. и направлен в распоряжение Оршанского Окрздрава, который в свою очередь по прибытии отряда в Оршу командировал его в Круглянский район, считающийся наиболее пораженным в этом округе.

Венодряд был снабжен в достаточном количестве медикаментами: неосальварсаном (360,0), ртутными и иодистыми препаратами для лечения сифилитиков, а также всякого рода препаратами для кожных и других заболеваний, имея в виду, по мере возможности, удовлетворение всякого рода жалоб с целью привлечь население на амбулаторный прием венотряда и, таким образом, содействовать наибольшему выявлению венерических больных. Кроме медикаментов, у отряда имеется также весь необходимый инвентарь для оборудования амбулатории.

По прибытии в м-ко Круглое, тотчас же были разосланы через РИК во все окрестные сельсоветы воззвания к населению с указанием на цель прибытия отряда, место и дней приема и просьбой обращаться за бесплатной лечебной помощью.

С 28/I был открыт амбулаторный прием при Круглянской участковой больнице, где отряду, несмотря на тесноту помещения, была предоставлена комната для приема больных. Прием производился 3 раза в неделю—(понедельник, четверг и пятница), приурочиваясь к дням наибольшей посещаемости больными участковой б-цы, а также в виду того, что эти дни установлены больницей для приема зарегистрированных у них сифилитиков. Остальные дни недели предназначались первоначально для выездов по проведению подворного обследования населения в наиболее пораженных деревнях и для санпросветработы как на месте, так и в окрестных селениях.

По сведениям, полученным от местных работников и сотрудников РИК'а, одной из наиболее пораженных в районе считалась деревня Радча, в 5 верстах от м. Круглое, куда и было в первую очередь обращено внимание венотряда. 30/I там была прочитана населению лекция по венерическим болезням и проведена беседа, которая закончилась предложением провести подворное обследование, на что крестьяне охотно согласились.

Было обследовано 66 хозяйств, расположенных в самой деревне и в двух поселках. Обследование производилось таким образом: каждая семья обследовалась у себя на дому, при чем осмотр начинался с детей, если они имелись, потом следовали женщины, по большей части в отсутствии мужчин, и потом уже мужчины, с общим числом обсле-

дованных 327 человек. В результате обследования обнаружено 13 больных, из них 4 женщины, 4 мужчины и 5 человек детей—у всех скрытый сифилис, почти все ранее лечившиеся; один мужчина, страдающий ранним поражением нервной системы. Не имея видимых явлений болезни, эти больные не намеревались лечиться, однако после беседы с ними на дому часть из них, а именно 11 человек, проделали полный курс ртутно-поварсоланного лечения. Во время обхода не оставлялись без внимания всякого рода жалобы, и больные по возможности, снабжались имеющимися у отряда медикаментами.

Далее предполагалось обследование селения „Тубушки", где имелось 3 случая рецидивного сифилиса с папулезными высыпаниями в области рта. После прочитанной там лекции и проведенной беседы, оказалось невозможным провести таковое, в виду того, что селение разбито на хутора, отстоящие один от другого на значительном расстоянии (1, $1^1/_2$, 2 и более верст), с числом хозяйств около 200. Подходящего помещения для осмотра на месте также не оказалось. Санпросветработа в этом селении достигла изживания бывшего там до того гонения на сифилитиков, которые не допускались не только в дома, к колодцам, в бани, но и на всякого рода общественные собрания. На вопросы со стороны населения, как уберечься от заражения, были даны указания соблюдать элементарные правила гигиены, а главное предложить сифилитикам ежемесячно подвергаться врачебному осмотру.

Санпросветработа в дер. Комсиничи, в 12 верстах от м. Круглое, имела своим последствием вызов венотряда для подворного обследования на основании решения, вынесенного общим собранием граждан этой деревни. В этой деревне было обследовано 86 крестьянских дворов с населением в 380 чел. и обнаружены двое латентных сифилитиков, 1 женщина и 1 ребенок. Здесь при обходе давались советы и медикаменты.

Всего за время лечебной работы отряда с 28/I по 5/VI зарегистрировано первичных больных 72 человека, из них 45 венбольных и 27 кожных. Из венерических больных 39 чел. лечилось, из них 33 сифилитика приняли полное курсовое комбинированное лечение (ртутью, иодом, неосальварсаном), 4 регулярно подверглись иодистой терапии, двое мужчин с явлениями уретрита были лечены промываниями по Жане; 6 человек, без видимых явлений в прошлом и настоящем, никогда не лечившихся, но живущих в семьях, где имеются больные, не пожелали подвергнуться лечению без серо-диагностики. Посещаемость вторичных больных в среднем 17-18 человек в день. Неосальварсана израсходовано на лечение амбулаторных больных 75,2, оставлено больнице для окончательного курса 4-х больных 10,0.

Социальный состав амбулаторных больных следующий: из венерических больных—1 служащий, из кожных—3, остальные крестьяне окрестных деревень. Около 25 проц. венерических больных подвергалось лечению при участковой больнице, которое заключалось в ин'екциях 10 проц. салицил. ртути по 1,0 раз в неделю, при чем лечение проводилось несистематически.

Преобладающей формой сифилиса является сифилис внеполовой, на который приходится около 75 проц. Источники заражения тщательно выяснились как анамнестически при заполнении историй болезни амбулаторных больных, как и во время обследовательской работы. Так, в деревне Радча источником полового сифилиса была женщина, занимавшаяся тайной проституцией. Сама она заразилась от военных, квартировавших в 1923 году в этой деревне, и заразила

нескольких мужчин своего селения половым путем и соседние семьи внеполовым. В деревне Комсиничи из 2 случаев в одной семье—одна женщина заразилась половым путем, а от нее другой—внеполовым.

Работа отряда велась в тесном контакте с участковой больницей. Консультировались подозрительные случаи, проходившие через амбулаторный прием б-цы, показательные же случаи, .прошедшие через амбулаторию отряда, демонстрировались местным медработником с указанием соответствующего лечения в каждом отдельном случае.

Санпросветработа проводилась в окрестных селениях (куда предварительно через РИК делались сообщения для сбора населения) в виде лекций и бесед, сопровождавшихся демонстрацией плакатов и диапозитивов по венболезням, а также в местном нардоме, где, кроме лекций, ставились сансуды, в которых участвовали средний и технический персонал больницы, представители комсомольской и др. организаций. После лекций и судов давались ответы на задаваемые устно и письменно вопросы, в которых можно отметить, помимо интереса к самой теме лекции, особый интерес к половому вопросу.

Санпросветработа была проведена также среди допризывников в виде постановки сансудов и вечера вопросов и ответов. Кроме того, допризывники были подвергнуты поголовному осмотру в числе 118 чел.

Всего за время работы отряда было прочитано 8 лекций в разных деревнях, поставлено 2 сансуда и вечер вопросов и ответов.

Денежный расход по отряду, считая содержание служащих и медикаментов, равняется приблизительно 1.100 руб.

Снабжение отряда оказалось вполне достаточным, если не считать отсутствия возможности исследования крови в сомнительных случаях.

Однако это обстоятельство было предусмотрено. При организации отряда были даны средства Пастеровскому Институту на изготовление походной лаборатории по постановке реакции Meiніcke, но, повидимому, технически эта лаборатория не могла быть сконструирована во время.

Санпросветработа в первое время несколько страдала за неимением у отряда собственного фонаря, но из Оршанского Окрздравотдела вскоре были получены необходимые пособия.

О проделанной работе отряда в Круглянском районе были сделаны доклады в окр. комитете БОКК, в Круглянском сельсовете и РИК'е, Оршанском Окрздравотделе и в лечебном Отделе НКЗБ.

Работа отряда протекала при непосредственном активном участии РИК'а, сотрудников участковой больницы и Окрздравотдела.

Учитывая сравнительно небольшие цифровые данные проведенных через амбулаторию отряда сифилитиков, все же надо сказать, что посылка венотрядов на село имеет большое значение. Считаясь с материальными условиями крестьян, не имеющих возможности в большей своей массе посещать вендиспансеры в городах, с неосведомленностью сельского населения о тяжести своего заболевания, т. к. сифилис зачастую в самом заразном его периоде протекает без болевых ощущений, надо указать, что работа отряда помимо лечебной цели, дающей возможность купировать формы сифилиса и таким образом пресечь его дальнейшее распространение, ценна в профилактическом отношении.

Подворное обследование деревень, как уже указывалось выше, производилось исключительно по желанию граждан, выражаемого обычно единогласным голосованием всех собравшихся на лекции. Отношение крестьян во время обхода к сотрудникам отряда не оставляет желать ничего лучшего.

Проведение противоскарлатинозных прививок по Бобруйскому округу.

Окрсанврач Гурвич.

Интерес к делу предохранительных прививок против скарлатины, естественно, вызван невозможностью провести не только в сельских местностях, но часто и в городах госпитализацию, изоляцию и дезинфекцию. Замечается даже, что само население, прослышав про противоскарлатинозные прививки, требует проведения их в жизнь.

В Бобруйском округе было приступлено к прививкам в марте м-це с.-г. В первую очередь решено было провести прививки в 10-й школе, где больше всего было случаев скарлатинозных заболеваний и в детдомах. Прививки производились школьсанврачами. Вакцина получена была из Москвы из Института инфекц. заболеваний им. Мечникова, приготовленная по методу Габричевского. В работе придерживались инструкции Мечниковского Института, а именно: прививки производились через 4-6 дней с известной дозировкой по возрастам, а именно: до 1 года—0,1, 0,2 и 0,4, от 1 года до 5-ти лет—0,2, 0,4, 0,6, от 5-ти и выше 0,3, 0,5 и 0,7. После резкой реакции впрыскивалась предыдущая доза. Противопоказаниями были: сильный упадок питания, поражение сердца и сосудов, активный туберкулез или повышение температуры при прививке. Реакция Дика не производилась за отсутствием нужного материала.

Всего было сделано прививок 2.530, из них: 1 прививку—936, 2 прививки—851, и 3 прививки—743. Детей привито было 936. В это число вошли прививки не только в гор. Бобруйске, но и на районах, где к тому времени вспыхнула эпидемия скарлатины в Глуске и Бортниках. К тому-же в городе к этому времени эпидемия совершенно стихла, а потому я считал целесообразным переброску вакцины в Глуск и Бортники, хотя в Бортниках врача нет и прививку пришлось проводить фельдшеру, который был тщательно проинстукирован.

По возрасту вакцинированные распределялись следующим образом:

	До 1 г.		1—5		5—10		10—15		От 15 и выше		ВСЕГО
	м.	д.	м.	д.	м.	д.	м.	д.	м.	д.	
Бортники	4	7	14	18	8	13	12	9	1	—	86
Город: Детдома	—	—	8	3	11	7	1	—	—	—	—
Школы	—	—	—	—	15	12	48	55	4	—	166
Глуск	11	7	96	102	56	38	204	128	10	22	634
Всего	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	936

В городе, после прививок, случаев заболеваний скарлатиной среди привитых не было, хотя это можно об'яснить вообще падением эпидемии скарлатины, которая к апрелю—маю почти прекратилась. Общая реакция организма слабая. Повышение температуры до 38° было в 4—5-ти случаях. В одном случае была особенно резкая реакция, так что школьник был вынужден лечь в постель, но возможно, что такая резкая реакция об'ясняется бывшим у него тогда гриппом (в это время в городе была эпидемия гриппа).

В Бортниках реакция была такого же характера, но после прививок все же были заболевания скарлатиной среди привитых приблизительно у 20 проц. Правда, заболевания протекали без осложнений, смертных случаев не было, в то время как до прививок было 18 смертных случаев из 25 заболеваний—в течение одного м-ца.

В Глуске общая реакция не выше 38°, общая разбитость и болезненность у 10 проц. всех привитых. В общем же реакция незначительная. Были случаи заболевания скарлатиной после прививки, а именно: после первой прививки 1 случай один после 2-й прививки и 1 после 3-й прививки. Все выздоровели. По последним сведениям среди привитых было еще 5 случаев заболеваний. Все выздоровели. Случаи были средней тяжести без осложнений.

Что касается местной реакции, то таковая была всего лишь у 15 детей и выражалась в виде небольшой красноты в окружности укола.

Следует указать, что эпидемия в Глуске и Бортниках после прививок почти прекратилась.

Выводы:

1. Скарлатинозные прививки по методу Гарбачевского на основании опыта сан. организации Бобруйского округа не гарантируют абсолютно от заболевания скарлатиной, но уменьшает заболеваемость.

2. У привитых заболевания скарлатиной протекают легко, не давая осложнений и смертных случаев.

3. Реакция организма после вакцинации слабая, выражающаяся повышением температуры не выше 38—39°, общим недомоганием, длящимся 1-2 дня.

4. Вакцинацию против скарлатины можно рекомендовать во время эпидемии, но для окончательных выводов вопрос о вакцинации нуждается в дальнейшем изучении.

Туберкулез среди детей города Могилева по данным Могилевского Тубдиспансера.

Д-р С. Фрид и Н. Полесицкий.

В настоящее время стало уже избитым общим местом, что туберкулез взрослых есть лишь заключительный акт заражения, происшедшего в детстве. Целым рядом работ в различных странах с несомненностью установлено, что уже 70—90 проц. населения заражены туберкулезом к возрасту 15—17 лет. Дальнейшая разработка накопившихся материалов показала, что смертность от детских форм туберкулеза повидимому до сих пор недооценивалась. По данным некоторых стран смертность от детских форм туберкулеза немногим ниже, а кое-где даже и выше, чем смертность от туберкулеза взрослых. Так, из таблицы № 2, приложенной к работе д-ра Маркузон: „Охрана детей от туберкулеза" изд. 1920 г., вытекает, что смертность от туберкулеза на 10.000 населения составляла:

Для Германии	среди детей до 15 лет	29	чел.
1910 г.	„ взрослых	60	„
Для Франции	„ детей до 19 лет	30,7	„
1912 г.	„ взрослых	69	„
Для Швейцарии	„ детей до 19 лет	38,6	„
1913 г.	„ взрослых	78,8	„
Для Англии	До 20 лет	48,6	„
1913 г.	Старше этого возраста	41,4	„

Эти факты, в достаточной степени подтверждают высказываемое многими деятелями по борьбе с туберкулезом убеждение, что туберкулез это, в сущности, детская болезнь (Маркузон). Понятно поэтому то внимание, которое уделяется в настоящее время организации борьбы с детским туберкулезом. Основным штабом организации, ведущей такую борьбу, должно явиться детское отделение Тубдиспансера, ведущее учет всех больных туберкулезом детей, клиническую обработку их и время от времени суммирующее прошедший через него материал.

Настоящая работа представляет собою попытку систематизации того материала, который прошел через детское отделение Могилевского Тубдиспансера со времени открытия отделения, т. е. с 1-го июля 1925 года по 1-е января 1926 года.

По данным Могилевского окрстатбюро, смертность от туберкулеза за 1925 год составляла среди врослых—42, детей 31, т. е. смертность среди детей немногим меньше, чем среди взрослых. За ½ года через Тубдиспансер прошло 741 детей. Попадали дети к нам тремя путями: одна часть детей направлялась врачами как больные или подозрительные по туберкулезу; другая часть направлялась сестрами-обследовательницами из семей, взятых под наблюдение, и 3-я часть составляла население детских домов г. Могилева, подвергшееся поголовному

осмотру Диспансера. Направленных врачами и сестрами было 465, из Детдомов—276, из них: евреев 310 и христиан 427.

Общая оценка материала.

Все прошедшие через отделение дети оценивались прежде всего с точки зрения общего физического развития. Оценка эта производилась как по общему впечатлению, вынесенному из осмотра грудной клетки, так и на основании определения упитанности ребенка применением Jndex'a Pelidisi. Кроме того, определялась степень узко или широкогрудкости ребенка, выраженная по формуле Мочана, т. е. по отношению квадратного корня из стократного об'ема груди к росту сидя. Правильная грудная клетка отмечена лишь у 5 проц. детей, у остальных-же 95 проц. грудная клетка более или менее плоская, иногда неправильная.

Индекс Пелидизи у наших детей в возрасте до 8 лет получился в общем равным 100, что можно считать нормальным. От 9-ти до 14 лет индекс этот равномерно понижается, достигая к 14 годам средней цифры 94, что нужно считать уже показателем недостаточной упитанности.

Что касается отношения степени упитанности к заболеванию, то у детей до 10 лет мы не могли подметить, чтобы больные дети отличались от здоровых меньшим индексом Пелидизи. Иногда даже получались обратные отношения. Среди детей старше 10 лет больные имеют Пелидизи значительно меньше, чем здоровые. У мальчиков здоровых от 10 до 16 лет индекс Пелидизи 96, с локализованными процессами 94; у девочек здоровых—94, с локализован. процессами—93.

Довольно заметна разница в упитанности среди детей евреев и христиан:

Пелидизи	3—5 л.	6—8 л.	9—11 л.	12—14 л.
у христиан . . .	102	100	97	95
„ евреев	100	100	94	94

Применявшийся нами для определения степени узкогрудости показатель Мочана представляет собой, как известно, отношение корня квадратного из стократного об'ема груди к росту сидя. Для вычисления его мы пользовались готовыми таблицами, опубликованными в справочнике для врачей детских учреждений. Как и следовало ожидать, оказалось, что показатель этот с возрастом понижается от 1,77 в возрасте от 5—7 лет до 1,37 в возрасте 16 лет и для выводов можно было-бы, следовательно, пользоваться лишь сравнением показателя у детей одного возраста. Наш материал в этом отношении показал, что по всем возрастам показатель Мочана у больных детей ниже, чем у здоровых.

Определению узкогрудости у туберкулезных детей уделено внимание в работе Редекера, разработавшего материал детского отделения Диспансера в Мюльгейме (Zeitschrift für Tuberculos. B. 42 H. 6). Редекер пользовался показателем Брукша, считая цифры ниже 49 у мальчиков и 47 у девочек показательными для узкогрудости и выше 53 (51 у дев.) показательным для широкогрудости и пришел к заключению, что между больными детьми преобладания узкогрудости не отмечается. Ошибка его, по нашему мнению, заключается в том, что он за норму взял одни и те же цифры для всех возрастов, между тем как мы вычисляли и сравнивали показатель Мочана в каждой возрастной группе у больных и здоровых, не придерживаясь каких либо абсолютно нормальных цифр.

Наши данные изображены в следующей таблице:

Мочан	5—7 л.	7—10 л.	10—16 л.
У мальчиков здоровых .	1.77	1.54	1.37
С локализов. процессами.	1.52	1.38	1.26
Мочан у девочек здор. .	1.63	1.46	1.37
С локализ. проц. . . .	1.53	1.39	1.30

И в отношении узкогрудости нами отмечена такая же разница между еврейскими и христианским детьми, как и в отношении упитанности: по всем возрастам еврейские дети обладают меньшим показателем Мочана, чем дети христиан.

Мочан	3—5 л.	6—8 л.	9—11 л.	12—14 л.
У здор. детей христиан. .	1.85	1.55	1.37	1.30
У детей евр.	1.70	1.53	1.36	1.27

Специальное исследование.

Все дети нами обязательно пиркетизировались иногда повторно. Обязательно повторялась реакция Пирке у грудных детей, если она выпадала первый раз отрицательной.

Результаты суммированы в следующей таблице:

В возрасте	до 1 года	1-2	2-3	3-5	5-10	10-14	14-17
Число случаев	10	20	12	40	120	139	48
положит в %%.	42,8	36	37,3	34	40	46	53.17
отрицат. в %%.	57,2	64	62,7	66	60	54	46,3

Вопрос о частоте реакции Пирке в детском возрасте имеет очень обширную литературу. В общем наши цифры несколько ниже цифр других исследователей, кроме цифр, относящихся к грудному возрасту. Частота Пирке в грудном возрасте по Кальмету 8,7 проц., по Медовикову в голодные годы в Ленинграде 14,7 проц. В посвященной этому вопросу работе Похитоновой („Вопросы туберкулеза" 1925 г. № 3) мы нашли частоту положительной реакции в возрасте от 7 до 12 месяцев по Комбу 22 проц., по Гамбургеру 22 проц., Бисвангеру 16,8 проц.

У Похитоновой (материал показательного Диспансера НКЗ в Москве) из 60 детей до 2-х лет (дети до 1-го года, к сожалению, и в отдельную группу не выделены) положительную реакцию дали 63, т. е. 88 проц. Высокий процент положительной реакции у нас и у Похитоновой среди самой юной группы наших детей об'ясняется одной и той же причиной: все эти дети взяты исключительно из семей, где имеются больные открытым туберкулезом и где, следовательно, имеются наиболее благоприятные условия для заражения. К общей массе грудных детей эти цифры, конечно, не применимы. Так, например,—Могилевской консультацией для грудных детей за те же полгода работы наблюдалось всего 6 случаев с положительной реакцией Пирке. И в отношении реакций Пирке еврейские дети оказались более пораженными, чем дети христиан, т. к. реакция у них выпала положительной в большем числе случаев. Это особенно ясно сказалось при сравнении частоты положительной реакции Пирке в детдомах еврейском, русском и польском, как это видно из следующей таблицы:

При одинаковом возрасте и составе детей.

Детдом Леккерта (еврейский)	Им. Воровского (русский)	Им. Дзержинского (польский)
38 проц.	27,1	17,4

По нашему убеждению, больший процент положительной реакции среди еврейских детей об'ясняется большей скученностью и теснотой в еврейских квартирах и худшим их санитарным состоянием, о чем наглядно говорят данные патронажного обследования нашего Диспансера.

Оздоровление этих квартир и увеличение жилой площади должны поэтому рассматриваться как одна из главнейших задач работы Диспансера. Второй чрезвычайно важной задачей является строгая изоляция бациллоносителей в особенности в тех семьях, где имеются грудные дети. Большей частью постоянное или даже временное удаление бациллоносителей из семей оказывается в наших условиях невыполнимым и приходится удовлетворяться полумерами: отдельная кровать, белье, посуда, плевательницы и т. д., но иногда возможно и полное удаление бациллоносителей и тогда его необходимо выполнить как можно скорее, ибо в этих случаях „промедление времени смерти подобно". Так, под нашим наблюдением был случай смерти от туберкулезного менингита грудного ребенка Ф., где источником заражения был отдаленный родственник, живший вместе с семьей. В другом случае до того здоровый 2-х летний ребенок ответственного работника К. заболевает неопределенной болезнью. Когда реакция Пирке получилась резко положительной, то оказалось, что два месяца тому назад в семье поселился товарищ мужа, больной открытой формой туберкулеза.

Большая смертность от туберкулеза среди грудных детей в тех семьях, где имеются больные открытым туберкулезом (от 60 до 70 процентов по данным Лянгера и Поляка) вызвала к жизни стремление из'ять из этих семей грудных детей вскоре после рождения. В некоторых странах для этого созданы специальные организации. Такова система Гранше во Франции, где дети отдаются в отобранные крестьянские семьи. Принципиально против этого возражать нельзя. Практически однако изоляция детей не менее трудна, чем изоляция взрослых. Нам не удалось этого достигнуть ни в одном случае. Следовательно, и здесь в нашем распоряжении остается все тот же единственный путь—внутриквартирная изоляция, санитаризация жилищ и внедрение больным санитарно-гигиенических навыков.

Что и такими мерами можно достигнуть ощутительных результатов, доказано фактами: у Брауненга и Гольмана в Штеттинском Диспансере грудные дети к концу года давали положительную реакцию Пирке в семьях бациллоносителей, находившихся под наблюдением Диспансера в 50 проц., и в семьях бациллоносителей. не находившихся под наблюдением Диспансера, в 80 проц. случаях. Доклад Брауненга на первом с'езде германских Диспансерных врачей в Галле в мае 1922 года (Zentralblat ür du gesoln ТВС в XX 718). Возможно, конечно, что с возрастом количество инфицированных больных в семьях, находящихся под наблюдением Диспансера, увеличится и достигнет тех же цифр, что и в не санитаризованных семьях; однако, отнесение времени заражения туберкулезом на более поздний возраст

уже составляет немалый плюс, так как смертность тем более, чем в более раннем возрасте происходит заражение.

Из прошедшего через детское отделение материала оказалось больных туберкулезом 93 человека, что составляет 11,3 проц., из них с туберкулезной интоксикацией 6 проц., с локализованным процессом в легких 2 процента, с костным туберкулезом 1,8, с туберкулезом лимфатических желез 0,2, с бронхоаденитом 1,3 проц.

Цифра 2 проц. достоверного легочного туберкулеза, полученная на нашем материале, является достаточно высокой. Все случаи наблюдались у детей от 7 до 10 лет, т. е. в школьном возрасте. По данным германского Красного Креста для 16 больших городов Германии за 1921 год достоверный легочный туберкулез обнаружен всего у 0,9 % школьников. По обследованию Берлинского Диспансера туберкулез легких обнаружен в 1,1 проц. У детей школьного возраста Замоскворецкого района в 1921 г. по данным Моделя („Вопросы туб." 1925 г. № 2) легочный туберкулез обнаружен в 2,4 проц. Что касается костного туберкулеза и туберкулеза лимфатических желез, то наши цифры значительно ниже действительности, т.к. в нашем отделении не велось приема по хирургическому туберкулезу и больные этого рода попадали к нам лишь случайно.

По обработке анкет социального обследования, оставленных под нашим наблюдением 125 детей, мы получили следующие данные: 60 проц. наших детей живет в плохих квартирах, 40 проц. имеют хорошие квартиры. Семьи наших детей занимают одну комнату в 36 проц. случ., две комнаты в 42 проц., три комнаты занимают 17,5 проц., а свыше трех комнат имеют всего лишь 4, 5 проц. Отдельную комнату имеют лишь двое детей.

32,5 проц. обследованных нами семей больных детей живут вдвоем в одной комнате, 36 проц. живет втроем в одной комнате, вчетвером в одной комнате живет 17 проц.; больше пяти чел. в одной комнате живет 13,5 проц. наших детей, причем особенная скученность отмечается в семьях больных детей евреев (свыше 50 проц. всех евреев живут вчетвером в одной комнате). Опрятно содержат свои жилища 62 проц., а 32 проц. содержат свои квартиры в крайне неопрятном виде. Причем еврейские семьи в 58 проц. случ. содержат свои квартиры неопрятно. Отдельную постель имеют 38 проц. наших детей, не имеют отдельной постели 62 проц. что же касается еврейских детей, то 74 проц. из них не имеют отдельной постели. Из отдельной посуды едят 53 проц., из общей 47 проц., что касается питания, то хорошее питание имеют 12 проц., среднее 27,5 проц., плохое 60,5 проц.

Надзор имеют всего лишь 31 проц., а 69 проц. наших детей никакого надзора не имеют. Что касается материальных условий, в которых живут дети, поставленные под нашим наблюдением, то в 65 проц. в среднем на каждого члена семьи приходится 5 р., в 14 проц. 10 р. на человека и 21 проц.—20 руб. и выше на члена семьи.

Помимо больных, под нашим постоянным наблюдением оставлены все дети семей, где имеются бациллоносители, хотя бы эти дети в данный момент никакими проявлениями болезни не страдали. Опыт давно уже указал, что именно эти дети подвержены всевозможным заболеваниям, в основе которых лежит туберкулезная инфекция (плевриты, менингиты и т. д.). Опыт также давно уже показал, что этим детям нужно стремиться обеспечить условия максимальной сопроти-

вляемости туберкулезу. Так как главная масса детей, оставленных под нашим наблюдением, принадлежит к школьному возрасту, то важнее всего мы считаем создание для них здоровых условий в школе. К сожалению, именно в этом отношении условия в г. Могилеве крайне неблагоприятны. Не входя в подробную характеристику школьных условий, укажем лишь на крайнее переполнение школ и классов, на отсутствие какой-либо вентиляции, на отсутствие горячих завтраков. Некоторые школы помещаются в неприспособленных зданиях и не имеют ни рекреационных зал, ни дворов. Такое состояние школ не может не отражаться на состоянии здоровья детей. Из различных типов школ для слабых детей наиболее простым и наиболее доступным является тип школы на открытом воздухе. Из представленного нами материала, как нам кажется, вытекает необходимость создания такой школы в городе Могилеве.

Год работы на районе.

Врач Заневский.

(Из Червенской райбольницы).

Годичный срок работы в Червенской районной больнице, обслуживающей 44.518 чел. населения с 332 населенными пунктами при радиусе 30-35 верст, является крайне незначительным для того, чтобы составить себе представление о характерных особенностях хирургической деятельности на селе. В прекрасной статье д-ра Волкова (Н. Х. Ар. № 37—38), проработавшего в г. Ядрине с населением меньшим, чем в Червене, в течение 28 лет, весьма полно обрисована картина условий самой работы в больнице. К его мыслям и пожеланиям вряд ли что-либо можно добавить, так как сельские условия работы почти повсюду одинаковы, имеется лишь только разница в деталях.

Здесь врачу приходится иметь дело с подлинным крестьянином, резко отличающимся от горожанина по психологии, образу жизни, семейному укладу.

Общая некультурность кладет определенный отпечаток на всю медицинскую работу на селе. Наряду с безграничным доверием крестьянина к врачу приходится наблюдать и случаи поражающего избегания медицинской помощи. Знахарство пустило в деревне сильные корни, и необходима неустанная и плодотворная деятельность медицинского персонала, чтобы избавиться от этой общественной язвы. Завоевать доверие крестьянина к врачу нелегко, так как в каждом большом населенном пункте имеется фельдшер, пользующийся большим авторитетом, либо лицо, имевшее ранее какое либо отношение к медицине (бывший санитар ведет широкую работу, и вот стоит такому авторитетному, в глазах населения, лицу заявить, что в данном случае операции не надо, никакие убеждения с нашей стороны не увенчаются успехом.

Молва о таких фельдшерах и знахарях распространяется широко. Нет почти ни одного больного, поступающего в больницу, который хоть раз не побывал бы у фельдшера, и после наших советов больные считают своим долгом проконтролировать наши назначения у него. Доктор Волков считает, что завоевать доверие крестьянина к врачу легко, я бы на основании личного опыта не мог-бы это утверждать. Весь секрет состоит в том, насколько врач сумеет подойти к больному и угодить ему во всем, и от умелого подхода врача к больному без отношения к знаниям и опыту, который может быть незначительным, зависит репутация врача.

Чтобы завоевать к себе доверие, необходимо научиться этому подходу, что дается не легко. Тут уместно вспомнить про деятельность некоего шарлатана Гегедзе в годы гражданской войны, который в Червенском районе пользовался величайшей известностью. Он об'явил себя хирургом и производил операции, при чем последние он делал всегда наедине, без посторонних. После производства операции он

выносил родственникам напр. раздутую свиную кишку, либо рака в банке, указавши, что он это вырезал у больного. В некоторых случаях больные от психического воздействия выздоравливали, и молва о нем распространилась широко, но когда власти узнали про его проделки, то сообщили в НКЗдрав. На первое сообщение НКЗдр. он не реагировал, так как был приговор населения, что Гегедзе является крайне желательным для населения, и лишь после вторичного извещения, когда одновременно получился приказ об его аресте, он во время скрылся. Этот факт показывает, что нужно величайшее уменье в завоевании доверия масс, культурный уровень которой является невысоким. В городах такие проделки, конечно, немыслимы.

Тормозом к развитию хирургии на селе является, помимо косности населения, еще и недостаточное оборудование больниц, недостаток квалифицированного персонала и медикаментов. Если больницы будут хорошо оборудованы и снабжены квалифицированным персоналом, то и авторитет больницы поднимется высоко; хорошая больница является самым лучшим агитатором по санпросвету на селе, так как крестьяне словам мало верят, они должны на себе непосредственно ощущать ту пользу, какую им приносит больница. Этот курс на улучшение качественной постановки медицинской помощи с преобладанием профилактического уклона и взят органами здравоохранения. Подлинное „лицом к деревне“ в отношении медицины даст возможность победить косность, знахарство и предрассудки крестьян.

Работая во врачебно-контрольной комиссии, мне много раз приходилось уговаривать крестьян производить операцию грыжесечения, которой, кстати сказать, крестьяне меньше всего боятся, и в большинстве случаев они не соглашались, несмотря на то, что грыжа препятствовала нести ту или иную работу. В процессе работы мы сталкивались с такими фактами, что больные лишь тогда соглашались на операцию, когда уже было поздно, либо оперативное вмешательство давало мало шансов на успех. Эта боязнь оперироваться сильна у крестьян еще и потому, что во многих случаях оперативное лечение приносило больным мало пользы, напр. после операции г.-е.-а., когда у больных попрежнему продолжались боли, и такой больной является живым агитатором против оперативного лечения, также и смертные случаи после операций заставляют воздерживаются многих от последних, и для успешной хирургической деятельности на селе необходимо крайне ревниво относиться к проценту смертности, который для города имеет меньшее значение. Здесь каждый смертный случай трактуется особо—от слов „зарезали“, до слов „так богу было угодно“. Поэтому сельские хирурги за безнадежные и сложные случаи, обещающие малый успех, браться не должны.

Обстановка для производства операций, в больнице, вполне создана, имеется операционная—светлая, просторная комната, перевязочная и родильная комната. Инструментарий весь обносился—требуется обновление, чувствуется большая нужда в перевязочном материале, который до крайности приходится экономить, так как сумм, отпускаемых на медикаменты, не хватает для расширения об'ема хирургической работы. Подготовка больных к операциям обычн ія. Наркоз мы применяли хлороформенно-эфирный без предварительного впрыскивания морфия, который, по литературным данным, ослабляет действие хлороформа; в большинстве случаев оперировали под новокаином.

В первое время, когда у нас были перчатки, оперировали в последних, но в настоящее время оперируем без них.

Процент нагноений почти равен нулю. В послеоперационном периоде бывали осложнения: послеоперационные пневмонии в 2-3 проц. случаев и парезы кишок. Пневмонии лечили впрыскиваниями внутримышечно эфира, при парезах кишок и задержки газов и стула применяли по совету проф. Федорова вспрыскивание физостигмина и стрихнина. За год через больницу на 35 коек, из которых под хирургические и гинекологические палаты было выделено 10-15 коек, прошло 375 хирургических, гинекологических и часть ушных больных, над которыми было проделано 246 операций. Над амбулаторными больными проделано было 255 операций. Всего за год было сделано 500 операций, что по сравнению с цифрой прошлогодней (277) представляет увеличение более, чем в полтора раза. Сюда не включены 4 случая выравнения вывихов плеча (2) и вывихов бедра (2) по способу Дженалидзе.

Операции над стационарными больными распределяются следующим образом:

I.	Операций на волосистой части головы, лице, шее и полости рта было проделано	19	
Из них:	De bridement	2	
	Вылущение дермоидной кисты в грушу величиной	1	
	Удаление слезного мешка	1	
	Мастоидитов	3	
	Эмпиема Гайморовой полости и извлечение дренажа	3	
	Костный глов при переломе нижней челюсти	2	
	Свищ околоушной железы (по Сапожкову)	1	
	Рак нижней губы с вылущением желез	2	(1 рецидив)
	Трахеотомии (по поводу дифтерита и травмы горла)	2	
	Лимфомы шеи	2	
II.	Операций на грудной клетке	8	
Из них:	Резекций ребер	6	
	Маститов гнойных	2	
III.	Операций на желудочно-кишечн. тракте	13	
Из них:	Гастро-энтеро-анастомозов в один этаж с короткой петлей по Гакеру	4	
	Ножевое ранение тонких и в одном случае толстой кишки	3	
	Подкожный разрыв тонкой кишки	1	
	Заворотов тонких кишек	2	
	Заворот сигмовидной кишки с гангреной ее	1	(Резекция сигм. кишки).
	Псевдо-миксомы	1	
	Огнестрельное ранение толстой кишки	1	
IV.	Грыжесечений	18	
Из них:	Ущемленных	5	

V.	Операций на желчных путях	2
Из них:	Рак печеночного протока	1
	Холецисттомия	1
VI.	Операции на почках	2
Из них:	Паранефрит.	1
	Декансупяция почек	1
VII.	Операций на яичках	5
Из них:	Перекрученное яичко	1
	Водянка яичка	1
	Туберкулез придатка	2
	Фимоз	1
VIII.	Остеомиэлитов	17
IX.	Операций на верхних и нижних конечностях	10
Из них:	Ампутаций бедра	2
	Ампутаций голени	4
	Сшиваний перелома коленкой чашки	1
	Подкожный разрез сгибателей бедра и разрыв бедрен. арт.	1
	Периартериальная симпатэктомия	1
	Сращение двух пальцев на стопе	1
X.	Операций гинекологических	113
Из них:	Искусственных абортов	46
	Начавшихся абортов	55
	Миом	3
	Кист	3
	Рак шейки матки (операция по Вертгейму-Бумму)	1
	Внематочная беременность	1
	Пришивание матки по Кохеру	2
	Частичное заращение влагалища	2
XI.	Акушерских операций	22
Из них:	Наложение щипцов	4
	Поворот на ножку	3
	Эмбриотомии	1
	Ручное отделение последа	11
	Пузырный занос	1
	Выскабливаний тупой ложкой	2
XII.	Операций по поводу флегмон и абсцессов	28

Из числа оперированных 246 больных отмечается 13 смертей, что составляет 5 проц. смертности. Такой большой процент смертности об'ясняется тем, что поступали на излечение больные почти безнадежные с запущенными заболеваниями. Так, умер ребенок шести месяцев, которому была сделана резекция ребра по поводу эмпиемы от пневмонии на другой стороне; далее умер старик 70 лет с раком, занимавшим переднюю стенку, выходную часть желудка и часть задней стенки, после наложения соустия от истощения (о резекции желудка и речи быть не могло); умер также 65 летний старик, страдавший в течение 12 лет язвой желудка, у которого накануне операции были повторные обильные кровотечения. Во время операции обнаружена была каллезная язва в пилорической части желудка, после наложения соустия наступил на вторые сутки летальный исход от истощения и шока.

Трое больных с тяжелым ранением—ножевым тонких кишок и в одном случае поперечно-ободочной кишки—умерли от перитонта. В одном случае резекции гангренозной сигмовидной кишки при завороте ее наступила смерть в виду того, что при операции уже были явления гнойного перитонита. В одном случае псевдо-миксомы Worth'a, ограничились пробной лапиротомией. Больной погиб от основного страдания через несколько дней после операции.

В одном случае наблюдалось огнестрельное ранение поперечно-ободочной кишки у кр-ца. При операции обнаружен был кал в брюшной полости. На шестые сутки больной погиб от перитонита. В случае ущемленной, повидимому, пристеночной паховой грыжи, во время операции был обнаружен общий гнойный перитонит, в грыжевом мешке кишки не оказалось, отверстие, ведущее в брюшную полость склеилось, и когда вскрыли брюшную полость, в паху обильно стал выделяться гной. Через три дня наступил летальный исход. До операции фельдшер вправлял больному грыжу.

В одном случае рака печеночного протока ограничились пробной лапиратомией, больной погиб от холемии.

В одном случае урэмии была применена декапсуляция почек, после которой прояснилось сознание и появилась моча, но больной скончался от основного страдания, и, наконец, одна больная погибла от серсиса, развившегося на почве гнойного паранефрита. От предлагавшейся операции больная долго отказывалясь и согласилась уже тогда, когда на лицо было септические явления. Вскрытие громадного гнойника все таки не ослабило септических явлений, и больная через две недели умерла.

От редакции. Помещая статью д-ра Заневского, редакция обращается ко всем участковым врачам с призывом присылать статьи, рисующие как условия участковой работы, так нужды, сомнения, волнующие участкового врача.

Информационный отдел.

Пастанова Савету Народных Камісараў Беларускае ССР

аб забясьпячэньні сельскіх мясцовасьцяй мэдыцынскаю дапамогаю і аб палепшаньні матар'яльна-бытавога становішча вучастковага мэдыцынскага пэрсоналу.

Для выкананьня пастановы VII Усебеларускага Зьезду Саветаў, Савет Народных Камісараў БССР *пастанаўляе:*

1. Запрапанаваць Народнаму Камісарыяту Аховы Здароўя пасылаць, у першую чаргу, на работу ў сельскія мясцовасьці і мястэчкі тых мэдыцынскіх работнікаў (дактароў, зубных дактароў, акушэрак, фэльчароў, фармацэўтаў і мэдыцынскіх сясьцёр), якія, вучачыся на мэдыцынскім факультэце, у мэдыцынскім тэхнікуме, або ў профэсыянальных школах, атрымоўвалі дзяржаўную стыпэндыю.

2. Ардынатары клінік (навуковыя супрацоўнікі), скончыўшыя ардынатуру, а таксама пакінуўшыя яе да канца тэрміну, павінны адслужыць на дзяржаўнай доктарскай службе, у першую чаргу, у сельскіх мясцовасьцях і ў мястэчках БССР, па вызначэньні Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя, з разьліку адзін месяц службы за адзін месяц ардынатуры, аб чым гэтыя асобы выдаюць пісьмовыя абавязнасьці.

Увага 1: Правілы гэтага артыкулу пашыраюцца як на асоб, новапрымаемых у ардынатары (навуковыя супрацоўнікі), так і на лічачыхся ўжо на памянёных пасадах да моманту ўваходжаньня ў сілу гэтае пастановы.

Увага 2: Зазначаныя правілы не пашыраюцца на тых, скончыўшых ардынатуру, дактароў, якія Народным Камісарыятам Асьветы будуць пакінуты для далейшае навукова-вучэбнае работы пры Беларускім Дзяржаўным Унівэрсытэце ў якасьці штатных асыстэнтаў.

3. Асобы, зазначныя ў арт. арт. 1 і 2 гэтае пастановы, вызваляюцца ад адбываньня дзяржаўнай доктарскай службы, калі яна ня будзе ім дадзена паводле вызначэньня Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя, або яго органаў на працягу трох месяцаў пасьля сканчэньня (а таксама пасьля пакіданьня да тэрміну) мэдыцынскае школы, або ардынатуры.

Увага: На час, прайшоўшы ад канца тэрміну навучаньня, або ардынатуры, да атрыманьня пасады, але ня больш трох месяцаў, НК Аховы Здароўя выдае гэтым асобам утрыманьне адпаведна з тым акладам стыпэндыі, або заработнае платы, які яны атрымоўвалі да сканчэньня мэдыцынскае школы, або ардынатуры.

4. Народны Камісарыят Асьветы павінен пасылаць Народнаму Камісарыяту Аховы Здароўя зьвесткі аб ардынатарах (навуковых супрацоўніках), скончыўшых тэрмін ардынатуры, не пазьней, як за тры

месяцы да гэтага тэрміну, а ў выпадку выхаду да канца тэрміну зараз-жа, для ўнясеньня іх у сьпісы асоб, якія назначаюцца на доктарскія пасады паводле арт. 2 гэтае пастановы.

5. Запрапанаваць мясцовым выканаўчым камітэтам, местачковым і сельскім саветам даваць тым мэдыцынскім работнікам, якія камандыруюцца НК Аховы Здароўя на службу ў сельскія мясцовасьці і мястэчкі не пазьней двух тыдняў пасьля іх прыбыцьця, кватэры, якія аплачваюцца з сродкаў гэтых мэдыцынскіх работнікаў.

Даручыць НК Аховы Здароўя надалей, пры плянаваньні будынкаў лячэбных установаў у сельскіх мясцовасьцях і мястэчках, прадугледжваць у іх кватэры для адпаведных мэдыцынскіх работнікаў.

6. Запрапанаваць адпаведным выканаўчым камітэтам прадугледжваць у мясцовым бюджэце выдаткі на забясьпячэньне доктарскіх вучасткаў патрэбнаю мэдыцынскаю літаратураю, а таксама забясьпечыць сродкамі перасоўваньня па раёну.

7. Устанавіць для вучастковых дактароў за кожныя пяць год службы тры пэрыядычныя прыбаўкі ў разьмеры 10 проц. атрымоўваемага акладу. Тэрмін, які дае права на атрыманьне гэтае прыбаўкі, вылічаецца з моманту выданьня гэтае пастановы.

8. Мэдыцынскім работнікам, працаваўшым на дзяржаўнай службе ў мэдыцынскіх вучастках ня менш трох год, даецца, пры іншых роўных умовах, пераважнае права на заняцьце пасады ў гарадзкіх лячэбна-санітарных установах БССР.

9. Вучастковым дактаром, па погляду НК Аховы Здароўя, даюцца кожныя тры гады, у межах Саюзу ССР, навуковыя камандыроўкі тэрмінам да 2 месяцаў за кошт Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя па яго каштарысу. За дактарамі, якія камандыруюцца, цалкам захоўваецца іх заработная плата. Парадак камандыраваньня і замена камандыраваньня вызначаецца НК Аховы Здароўя. Тэрмін, які дае права на камандыроўкі, вылічаецца з часу выданьня гэтае пастановы.

10. Дзеці мэдыцынскіх работнікаў, прапрацаваўшых на дзяржаўнай службе ў мэдыцынскіх вучастках ня менш 3-х год, прымаюцца ва ўсе школы на агульных падставах з дзецьмі рабочых і сялян.

Старшыня Савету Народных Камісараў БССР *Яз. Адамовіч.*
Час. вык. аб. кіраўніка спраў Савету Народных
Камісараў БССР *З. Крэндзель.*

14-га верасьня 1926 г.
г. Менск.

Пастанова Савету Народных Камісараў БССР аб будаваньні грамадзкіх лазьняў у сельскіх мясцовасьцях.

Каб палепшыць санітарныя ўмовы сельскіх мясцовасьцяй і каб весьці змаганьне з эпідэмічнымі хваробамі сельскага насяленьня, Савет Народных Камісараў лічыць неабходным пачаць пабудаваньне лазьняў грамадзкага карыстаньня на наступных падставах:

1. Патрэбная для пабудаваньня лазьняў колькасьць лесу, паводле зацьверджанага пляну, адпушчаецца дзяржаваю бясплатна.

2. Вырубка, вывазка, пілаваньне лесу, а таксама і будаваньне самой лазьні робіцца самім насяленьнем у парадку грамадзкае ініцыятывы.

3. Чарга пабудаваньня лазьняў у паасобных мясцовасьцях устанаўляецца Народнымі Камісарыятамі Земляробства, Аховы Здароўя і

Унутраных Спраў на падставе пляну, які зацьвярджаецца Экономічнаю Нарадаю. Памянёнымі Народнымі Камісарыятамі ўстанаўляецца і тыповы будынак грамадзкае лазьні з кемэраю пры ёй дла дэзынфэкцыі адзеньня.

4. Для больш хуткага ажыцьцяўленьня азначаных гэтаю пастановаю мерапрыемстваў, акруговыя і раённыя выканаўчыя камітэты, сельскія саветы і камітэты ўзаемнае дапамогі павінны ставіць пытаньне аб пабудаваньні лазьняў на абмеркаваньне агульных сходаў насяленьня, конфэрэнцый і зьездаў і тлумачыць насяленьню значэньне лазьняў у справе аздараўленьня варункаў жыцьця шырокіх гушчаў насяленьня.

Старшыня СНК БССР *Я. Адамовіч.*

Кіраўнік спраў СНК БССР *М. Мароз.*

8 красавіка 1926 г.
г. Менск

Пастанова Савету Народных Камісараў БССР аб зацьверджаньні палажэньня аб санітарных органах Нар. Кам. Аховы Здароўя БССР. Савет Народных Камісараў БССР пастанаўляе зацьвердзіць наступнае

Аб санітарных органах Нар. Камісарыяту Аховы здароўя БССР.

1. У задачы санітарных органаў Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя БССР уваходзіць:

а) санітарная ахова вады, паветра і глебы ў залюдненых мясцох, жылішчах і мясцох грамадзкага карыстаньня; б) санітарная ахова харчоў; в) дапамога і нагляданьне за пастаноўкаю грамадзкага харчаваньня; г) організацыя супроць эпідэмічных мерапрыемстваў; д) санітарная асьвета і е) удзел у вырашэньні іншымі ведамствамі пытаньняў санітарнае аховы працы, вэтэрынарнае санітарыі і камунальна-жылішчнае санітарыі.

2. У галіне правядзеньня гідратэхнічных работ у фунцыі санітарных органаў уваходзіць: удзел у распрацоўцы плянаў работ праз дачу заключэньняў, нагляданьне за выкананьнем плянаў і распрацоўка праэктаў мерапрыемстваў, маючых санітарна-эпідэмолёгічнае значэньне.

3. У галіне аховы жылішчаў санітарныя органы: а) наглядаюць за выкананьнем жылішчна-санітарных правіл і бяруць удзел у распрацоўцы жылішчных норм; б) праводзяць абсьледваньне жылішчна-санітарных умоў насяленьня і распрацоўваюць мерапрыемствы аб палепшаньні іх; в) бяруць удзел у распрацоўцы плянаў будаўніцтва залюдненых месцаў і агульных пытаньняў жылішчнага будаўніцтва праз дачу заключэньняў.

4. У галіне санітарнае аховы харчоў на санітарныя органы ўскладаецца: санітарны нагляд і контроль за ўсімі харчамі ва ўсіх стадыях вырабу, запакаваньня, закаркаваньня, транспартаваньня, захаваньня, гандлю, а таксама за абсталяваньнем памяшканьняў, дзе прадукты вырабляюцца і захоўваюцца.

Увага: Для будаваньня, абсталяваньня і адчыненьня прадпрыемстваў і ўстаноў харчовага промыслу патрэбна папярэдняе заключэньне санітарных органаў.

5. Для ўцягваньня шырокіх гушч насяленьня ў справу аздараўленьня працы і быту на мясцох арганізуюцца грамадзкія санітарна-

дарадчыя органы (санітарныя камісіі, ячэйкі аховы здароўя на фабрыках і заводах), працуючыя на аснове асобнага палажэньня, якое выдаецца Народным Камісарыятам Аховы Здароўя па згодзе з Народным Камісарыятам Працы і з Народным Камісарыятам Унутраных Спраў.

6. Для ажыцьцяўленьня зазначаных у арт. 1-м задач прадстаўніком санітарнага нагляду даецца:

а) права ўваходу ва ўсе дзяржаўныя, грамадзкія і прыватныя памяшканьні і пабудовы, а таксама ва ўстановы і прадпрыемствы ў часе іх работы, уключаючы як самыя будынкі, так і двары і сядзібы.

Увага: Наведваньне да вайсковых часьцей і ўстаноў, а таксама да дамоў зьневаленьня і правядзеньне ў іх санітарных абглядаў дазваляецца з папярэдняе згоды начальнікаў гэтых устаноў.

б) права браць тыя або іншыя матар'ялы і прадукты для санітарнага аналізу, складаючы на гэта адпаведны акт;

в) права хадайнічаць праз аддзелы аховы выканаўчых к-таў, а ў раёнах—беспасрэдна перад прэзыдыумамі выканаўчых к-таў аб адміністрацыйным пакараньні за парушэньне пастаноў па санітарнай часьці.

7. Прадстаўніком санітарнага нагляду павінны выдавацца асобныя, па агульнай форме распрацаваныя Народным Камісарыятам Аховы здароўя, адкрытыя лісты, пасьвядчаючыя іх пасаду і правы.

8. Калі будуць выяўлены парушэньні пастаноў па санітарнай часьці, прадстаўнікі санітарнага нагляду падаюць у пісьмовай форме вымаганьні асобам, адказным за загадваньне або за ўтрыманьне памяшканьня, будынку або пабудовы, аб адхіленьні выяўленых парушэньняў, вызначаючы для выкананьня пэўны тэрмін, а калі вымаганьне ня будзе выканана ў тэрмін—складаюць пратаколы і пасылаюць для адміністрацыйнага пакараньня. Парушыўшыя санітарныя правілы пры правядзеньні будаўнічых работ прыцягваюцца да адказнасьці паводле артыкулу 217 Крымінальнага Кодэксу.

9. Калі будуць выяўлены асабліва важныя парушэньні пастановы па санітарнай часьці, выклікаючыя асаблівую небясьпеку для здароўя, незалежна ад адміністрацыйнага пакараньня або ад перадачы справы ў суд паводле папярэдняга артыкулу, органы санітарнага нагляду хадайнічаюць перад прэзыдыумам акруговага выканаўчага камітэту аб забароне ў адміністрацыйным парадку карыстацца не адпавядаючым санітарыі будынкам, прадпрыемствам або пабудовам да тых пор, пакуль ня будзе зьнішчан антысанітарны стан, а ў належных выпадках—пакуль справа ня будзе вырашана судом.

10. Разьмежаваньне дзейнасьці ў галіне санітарных мерапрыемстваў і нагляду паміж органамі Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя, Народнага Камісарыяту Земляробства і Народнага Камісарыяту Працы вызначаецца асобным палажэньнем, якое ўстанаўляецца зацікаўленымі ведамствамі па ўзаемнай згодзе на аснове існуючых законаў.

Старшыня Савету Народных
Камісараў БССР *Яз. Адамовіч.*

Кіраўнік Спраў Савету Народных
Камісараў БССР *М. Мароз.*

23-IX-26 г. г. Менск.

ХРОНИКА.

Белоруссия на X Всесоюзном С'езде.

На состоявшемся в г. Одессе X-м Всесоюзном С'езде бактериологов, эпидемиологов и санитарных врачей, посвященном памяти И. И. Мечникова, Белоруссия была представлена значительным числом делегатов, в количестве 30 человек. Кроме Наркомздрава Белоруссии, на С'езде были представители почти всех округов. С'езд торжественно был открыт в театре им. Луначарского речами наркомов—РСФСР т. Семашко, УССР—т. Ефимова и БССР—т. Барсукова, а также рядом приветствий от партийных и профессиональных организаций. В президиум пленума С'езда от Белоруссии вошли: т. т. Барсуков, Ведерников, проф. Эльберт, в секретариат—т. Дихтяр, в президиум санитарной секции—т. Могилевчик.

Делегаты Белоруссии принимали активное участие в работе всех секций с'езда—бактериологической, санитарной, эпидемиологической, пищевой, профгигиены, малярийной, санпросвета. С самостоятельными докладами Белоруссия выступила по вопросам санитарного состояния Белоруссии, бешенства, оспы, профилактики туберкулеза, по пищевой санитарии. В вопросе о бешенстве был выдвинут вопрос о приближении к населению антирабических (против бешенства) прививок на основе опыта, проделанного Белоруссией в течение последних двух лет, одобренного с'ездом.

Отдельным вопросом, стоявшим на пленуме, был вопрос о принципах построения санитарной организации по докладам РСФСР и БССР.

Вопрос вызвал оживленнейшие прения по существу принципиального расхождения в построении санитарной организации в БССР.

Отличием в построении санитарной организации Белоруссии от построения в РСФСР является оформление и уточнение сферы деятельности санитарной организации с заострением внимания на санитарную технику, коммунальное благоустройство (водоснабжение, канализация, жилище, баня), противоэпидемическую деятельность и санитарное просвещение.

В организации БССР профилактические области, имеющие специфическое назначение, как например, охматмлад с характером воспитательно-евгенических заданий и диспансеры, несущие лечебно-профилактические функции, выделены из состава санитарной организации. По этому же принципу построена санитарная организация Украины, которая по своей мощности мало уступает РСФСР.

Основным принципом построения санитарной организации в РСФСР является об'единение всех профилактических отраслей медицины в лице санитарной организации.

По принятой С'ездом резолюции по данному вопросу Белоруссия и Украина остались при особом мнении.

Деловая работа С'езда протекала оживленно и результаты работ закреплены в ряде резолюций, которые дают богатый материал для дальнейшей деятельности.

У ЦК Беларускага Таварыства Чырвонага Крыжу.

25-га верасьня г. г. адбыўся ІІ-гі Пленум ЦК Беларускага Таварыства Чырвонага Крыжу.

На Пленуме старшыня ЦК д-р М. Барсукоў і яго намесьнік А. Цьвікевіч зрабілі даклады.

Д-р Барсукоў дакладваў аб новых задачах у гаспадарчай дзейнасьці Т-ва. Першая конфэрэнцыя Бел. Т-ва Чырв. Крыжу, якая адбылася ў красавіку мес. г. г., зьвярнула асаблівую ўвагу на пытаньне аб далейшай гаспадарчай дзейнасьці Т-ва і вынесла адпаведныя пастановы. Аднак, пастановы гэтыя не праведзены ў жыцьцё. Работа гаспадарчых організацый і прадпрыемстваў Чырв. Крыжу, хаваючыся пад грамадзкай вывескай, ня мае грамадзкага характару. Такі стан рэчаў пашырае сярод працоўных ілжывае ўяўленьне аб ідэях Чырв. Крыжу. На гэта зьвярнула ўвагу і РСІ.

Прызнаючы неабходнасьць для Т-ва мець у даны момант гаспадарчыя прадпрыемствы, ЦК Т-ва цалкам адхіляе прынцып гандлю дзеля гандлю. Гаспадарчая праца Т-ва павінна стацца сродкам грамадзкай спайкі членаў Т-ва, мэтодам выхаваньня ў іх колектывістычных навыкаў працы.

Гэта магчыма толькі пры непасрэдным удзеле ўсіх членаў Т-ва ў адміністрацыйна-гаспадарчым кіраваньні організацый.

Дапамога органам аховы здароўя ў справе аздараўленьня краіны зьяўляецца галоўнай задачай Чырв. Крыжу, а таму і гандлёвая дзейнасьць яго павінна будавацца так, каб адпавядаць гэтаму прынцыпу.

Патрэбна Т-ву зьвярнуць увагу і на організацыю транспарту, на аб'яднаньне ў сваіх руках транспарту лекава-санітарных установаў і замену коняй іх на аўтомобілі. Гэта дасьць Чырв. Кр. магчымасьць організаваць вайскова-санітарны транспарт на выпадак вайны.

У вёсцы, дзе трэба ўцягнуць у Т-ва масавае сялянства, пара пачаць дапамогу саматужнай прамысловасьці. Там можна закладваць саматужна-прамысловыя арцелі па перапрацоўцы сыравіны сялянскай гаспадаркі. Млыны, майданы для гонкі дзёгцю, смалы і інш.—вось об'екты гаспадарчай эксплёатацыі Чырв. Крыжу.

Апрача таго, дапамога вёсцы можа выявіцца ў організацыі на гаспадарчым разрахунку рэнтгенаўскіх габінэтаў, зуба-тэхнічных амбуляторый, магазынаў санітарыі і гігіены.

Трэба раз назаўсёды паставіць перад Чырв. Крыжам толькі грамадзка-карысныя задачы яго працы.

А. Цьвікевіч зрабіў даклад аб працы ЦК за пэрыод часу ад І Конфэрэнцыі да кастрычніка г. г.

Праца ЦК за справаздачны пэрыод адбывалася ў чатырох галінах: організацыйна-інструкцыйнай, фінансава-гаспадарчай, літаратурна-выдавецкай і міжнароднай. Кожная з гэтых галін мае свае дасягненьні.

У галіне організацыйна-інструкцыйнай ЦК вызнаў, што галоўная сіла Т-ва ляжыць у працы мясцовых камітэтаў. З мэтай дапамогі ім ЦК апрацаваў і зацьвердзіў „Палажэньні-інструкцыі“ аб мясцовых аддзяленьнях і раённых камітэтах.

Згодна пастаноў І Конфэрэнцыі, праведзена абсьледаваньне мясцовых Камітэтаў, якое выявіла неабходнассць інструктажу іх з боку ЦК.

У процэсе працы Т-ва па лініі ясельнай кампаніі, забясьпекі мацярынства і дзяцінства, барацьбы з проституцыяй і г. д. выявілася,

што гэта справа павінна будавацца на новых падвалінах. ЦК лічыць натуральным, каб „саветы соцыяльнай дапамогі“ былі аднэй з форм грамадзкай дзейнасьці Чырв. Крыжу і таму ўзьнімае пытаньне аб концэнтрацыі пры Т-ве справы барацьбы з тубэркулёзам, як соцыяльна-шкодным зьявішчам.

Разам з тым ЦК узьнімае пытаньне і аб зьліцьці з Чырв. Крыжам усіх форм дапамогі дзецям у рэспубліканскім маштабе.

Пажаданьне конфэрэнцыі аб сьціслым супрацоўніцтве Чырв. Крыжу з Інбелкультам рэальна не магло быць праведзена з прычыны летняга перапынку ў працы Інбелкульту. З пачаткам акадэмічнага году ўсё магчымае будзе зроблена. Пакуль што ЦК злажыў гэрбары лекавых траў БССР.

У сувязі з так званым „мобілізацыйным момантам“ у працы Т-ва, ЦК апрацоўвае програму санітарнай дапамогі Чырвонай арміі і насельніцтву на выпадак вайны.

Сувязь з сялянствам у сэнсе ўцягненьня яго ў працу Т-ва і аздараўленьня быту вёскі зьяўляецца адным з галоўнейшых і цяжэйшых заданьняў Т-ва. ЦК адзначае, што ў гэтым напрамку мала зроблена. Пашырэньне ўплываў Т-ва на вёсцы і правядзеньне працы сярод сялянства ў значнай меры залежыць ад мовы, на якой гэта праца будзе праводзіцца. Прымаючы пад увагу апошнія пастановы дырэктыўных органаў БССР у гэтым пытаньні, ЦК лічыць абавязковым: а) перайсьці ўсяму Т-ву з 1 студзеня (января) 1927 г. на беларускую мову; б) працу на вёсцы праводзіць праз таварышоў, якія добра ведаюць беларускую мову; в) у далейшым прымаць на працу ў першы чарод тых таварышоў, якія ведаюць беларускую мову і быт вёскі.

Для павялічэньня сродкаў і большай даступнасьці ўваходу ў Т-ва незаможных груп насельніцтва, ЦК правёў нязначную зьмену сяброўскіх узносаў, увёў асобныя кружкі пры мэдычных установах для збору ахвяр.

ЦК адмецеў цэлы шэраг нярэнтабельных прадпрыемстваў у акругах і таму пастанавіў абмяжаваць правы акруговых камітэтаў у гэтай галіне. У аснову ўсіх гаспадарчых прадпрыемстваў Т-ва павінен класьціся прынцып коопэраваньня.

Згодна пастаноў конфэрэнцыі ЦК загадаў спыніць гандаль вінам і півам у магазынах Чырв. Крыжу і толькі некаторым з іх былі даны адсрочкі.

Для павялічэньня сродкаў Т-ва ЦК узьняў пытаньне аб павялічэньні долі Бел. Т-ва ў консульскіх зборах і зьвярнуўся да РОКК'а аб звароце належных з яго сум. Таксама прыняты крокі да высьвятленьня нярухомай маемасьці т-ва, як спадчыны ад старога Чырвонага Крыжу.

З цэнтральнай радыо-станцыяй ЦК дагаварыўся наконт шэрагу лекцый аб Чырв. Крыжу па радыо.

ЦК констатуе, што літаратурная камісія яго ня спраўдзіла тых заданьняў, якія на яе ўскладаліся, і таму лічыць патрэбным зьвярнуць на гэты бок працы асаблівую ўвагу.

ЦК прыступіў да выданьня „Бюлетэню“, лічыць гэту справу выключна важнай і заклікае ўсе мясцовыя організацыі дапамагаць яму ў гэтым.

У галіне міжнароднай ЦК лічыць патрэбным перш за ўсё паставіць належным парадкам інформацыю аб Бел. Чырв. Крыжу заграніцай. Гэта задача зьвязваецца з агульнымі задачамі літаратурна-выдавецкага аддзелу ЦК.

ЦК вядзе ўвесь час барацьбу за прызнаньне Беларускага Т-ва, як асобнай міжнароднай адзінкі, Міжнародным Камітэтам Чырв. Крыжу. Да гэтага часу барацьба не дала дадатных вынікаў.

ЦК організавала свае прадстаўніцтвы пры Міжнар. Камітэце і ў Парыжы. Пытаньне аб устанаўленьні прадстаўніцтва Бел. Чырв. Крыжу ў суседніх дзяржавах да гэтага часу ня вырашана. Патрэба ў гэтым зразумелая і таму, ЦК будзе і надалей весьці акцыю ў гэтым напрамку.

Найбольш важнай і рэальнай працай у галіне міжнароднай зьяўляецца дапамога насельніцтву Заходняй Беларусі. ЦК лічыць патрэбным павялічыць лік асыгнаваньняў на карысьць дзяцей Зах. Беларусі і вызнае рацыянальнай дапамогу організацыі ў Вільні дзіцячай консультацыі і аптэкі. У гэтай справе карысна паразуменьне з літоўскім Чырв. Крыжам.

Эпидемические заболевания в Польше.

По данным официального бюллетеня польского министерства Здравоохранения (№ 26) заболеваемость в Польше инфекциями с 20-26 июня выразилась в следующем: брюшной тиф—199, сыпной—64, дизентерия—41, скарлатина—496, дифтерия—103, менингит—19, корь—923, рожа—47, коклюш—175, малярия—24. Общее население воеводств Польши по данным бюллетеня—26.865.811 чел.

Мозырская малярийная станция.

В августе месяце амбулаторная работа выразилась в 95 посещениях, из коих 46 первичных. Лабораторная деятельность охватывает 93 анализа. Положительных результатов 34. Паразит во всех случаях отмечен plasmodium vivax.

Более широко развернулись обследовательские работы. Обследованы наиболее пораженные малярией районы города Мозыря и окрестностей с примыкающими водоемами. Обследования носили характер выявления паразитоносительства. Они имели плановый характер на основе заболеваемости за истекшие месяцы.

Обследована дер. Кимбаровка, где на 192 чел. населения взята 101 толстая капля, обследованы рабочие завода „Пролетарий“, фабрика „Красный Октябрь“, дер. Телепуны, где на 560 чел. населения взято 198 толстых капель. Обследование продолжается.

Малярийным отрядом обследованы Туровский и Наровлянский районы, вплоть до самых глухих пунктов. Общее количество взятых мазков толстой капли—1000.

Попутно с обследованием проводилась, кроме профилактической, хинизации, хинизация лечебная.

Обследован канал в Житковичском районе. Надо полагать, что доставленный отрядом материал даст много ценного после его разработки.

Попутно с обследованием малярийных очагов велось систематическое наблюдение за водоемами, где были обнаружены по преимуществу самки анофелеса. Особенно большое количество личинок анофелеса было обнаружено в заводях реки у железнодорожного моста через р. Припять. Нефтевание этого водоема не состоялось в виду гибели личинок под влиянием проливных дождей.

В порядке изучения в лабораторных условиях в аквариуме были выведены из яиц анофелеса личинки, куколки и взрослые насекомые. Весь цикл развития продолжался около 5 недель.

В порядке работ по проведению зимней кампании перед станцией поставлена задача широко развернуть противомалярийную работу с вовлечением населения, в первую очередь школьников и детей детдомов в эту кампанию, в борьбу с зимующим комаром, усилить санпросветработу; усилить работу в отношении лечения паразитоносителей.

Помимо противомалярийной работы станция через свою лабораторию ведет обследование глистной инвазии.

Список статей, помещенных в „Беларускай Медычнай Думке“ за 1925-1926 г. г.

I. Строительство здравоохранения, общественная медицина и гигиена.

II. Санитарное просвещение, медобразование, охрана труда и врачебный быт.

III. Экспериментальная и клиническая медицина и казуистика.

IV. Varia.

V. Отчеты о деятельности научных организаций и лечебных учреждений, о с'ездах, конференциях и совещаниях.

VI. Рефераты и рецензии

VII. Некрологи:

VIII. Хроника и об'явления.

ОГЛАВЛЕНИЕ